

TOM EIDE OG HILDE EIDE

VERDIEN AV EN VERDI-INTERVENSJON

En studie av verdiarbeid i et norsk sykehus

Forskningsrapport nr. 2/2008

Denne rapporten er utgitt av
Diakonhjemmet høgskole
Postboks 184 Vinderen
0319 Oslo
<http://www.diaconhjemmet.no>

Rapport nr. 2/2008
ISBN: 82-8048-071-4

Distribusjon (trykt versjon):
Litteraturtjenesten
Biblioteket
Diakonhjemmet høgskole, Oslo

Elektronisk distribusjon:
Diakonhjemmet Høgskole, Oslo

Opphavsrettigheter:
Forfatterne har opphavsrettighetene til rapporten.
Nedlasting for privat bruk er tillatt.
Mangfoldiggjøring, videresalg av deler eller hele rapporten
er ikke tillatt uten avtale med forfatterne eller Kopinor.

INNHold

| | |
|---|-----------|
| Forord | 5 |
| Sammenfatning | 7 |
| I Innledning | 9 |
| Verdier i praksis | 9 |
| Paraplyprosjektet | 9 |
| Verdiprojektets røtter | 10 |
| Verdibasert ledelse | 11 |
| Verdibasert virksomhet | 12 |
| Hvorfor satse på verdier i organisasjoner? | 13 |
| Forsøksprosjektet (Verdier i praksis I, 2003-04) | 15 |
| Utviklingsprosjektet (Verdier i praksis II, 2005) | 15 |
| Intervensjonen (Verdier i praksis III, 2006) | 16 |
| Første samling | 17 |
| Andre samling | 17 |
| Tredje samling | 17 |
| II Problemstillinger og metode | 19 |
| Undersøkelsens hensikt/problemstillinger | 19 |
| Metode | 19 |
| Utvalg av informanter | 19 |
| Dokumentgjennomgang | 20 |
| Deltakende observasjon | 20 |
| Spørreskjemaundersøkelse | 20 |
| Fokusgruppeintervju | 20 |
| Individuelle intervjuer | 21 |
| Analyse av data | 21 |
| III Resultater | 23 |
| Intervensjonens hensikt | 23 |
| Avdelingsprosjektene | 24 |
| Generelt | 24 |
| Tematikk | 24 |
| Metoder | 25 |
| Presentasjonsform | 25 |
| Verdier | 25 |
| Prosjektledernes vurdering av utbytte | 25 |
| Utbytte av ledersamlingene sett under ett | 25 |
| Utbytte av prosjektarbeidet | 25 |
| Utbytte av prosjektpresentasjonene | 26 |
| Utbytte av prosjektet som helhet | 27 |
| Mulige virkningsmekanismer | 28 |
| Verdier | 28 |
| Økt verdibevisssthet | 28 |
| Kjerneverdiene | 28 |
| Andre verdier | 29 |
| Samarbeid | 30 |
| Verdikonflikter | 31 |
| Verdier som lederverktøy | 31 |
| Prosessen i prosjektet | 32 |
| Initiering og medvirkning | 32 |
| Timing | 33 |

| | |
|---|-----------|
| Ambivalens | 33 |
| Legitimitet | 33 |
| Deltagelse i avdelingene | 34 |
| Oppfølging i ettertid | 34 |
| Ønsker om oppfølging | 34 |
| Fokus på vanskelige spørsmål..... | 34 |
| Forslag til tiltak | 35 |
| (Halv)ekstern kompetanse..... | 36 |
| Brukerundersøkelser | 36 |
| Verdiforum..... | 36 |
| IV Diskusjon av resultatene | 37 |
| Diskrepans i oppfatning av formål og hensikt | 37 |
| Intervensjonen ga stort utbytte | 37 |
| Økt refleksjon og bedre samhold | 37 |
| Kvalitet..... | 37 |
| Samarbeid..... | 38 |
| Etikk | 38 |
| Hva med brukerne? | 38 |
| Kjerneverdiene | 38 |
| Verdiene godt ivaretatt | 38 |
| Økt oppmerksomhet | 38 |
| Organisatorisk selvrefleksjon..... | 39 |
| Organisasjonskritisk språk | 39 |
| Organisatorisk læring | 40 |
| Kjerneverdiene utfordrer ikke tilstrekkelig..... | 40 |
| Refleksjon over faglige spørsmål..... | 40 |
| Medvirkning, ambivalens og motivasjon..... | 41 |
| Toppstyring og deltagerstyring | 41 |
| Gjennomføring til tross for uheldig timing | 41 |
| Ulike respons på toppstyring..... | 41 |
| Ønske om medvirkning | 42 |
| Organisatorisk læring og autonomi, kreativitet og eksponering | 42 |
| Metoderefleksjoner – studiens begrensninger..... | 43 |
| Habilitet..... | 43 |
| Utvalg..... | 44 |
| Erindring og mening | 44 |
| V Avslutning | 47 |
| Mulige suksessfaktorer..... | 47 |
| Utfordringer ved en eventuell videreføring..... | 47 |
| <i>Referanser</i> | 49 |
| <i>Vedlegg 1: Spørreskjema.....</i> | 51 |
| <i>Vedlegg 2: Intervjuguide</i> | 54 |

FORORD

Et sykehus forutsettes å skulle realisere verdier, menneskelige så vel som faglige. Som pasienter forventer vi å bli møtt med hjelpsomhet og fagkunnskap, at kunnskap og kvaliteten er på topp, og ikke minst at vi kan føle oss trygge, respektert og i gode hender. Som borgere forventer vi at helsevesenet fungerer godt og rettferdig, og at verdier som kvalitet, trygghet og respekt gjøres gjeldende for alle. Politikere har drøftet og definert verdier for den norske helsetjenesten, og norske sykehus har i dag definert sine kjerneverdier.

Hvordan realisere verdier i praksis på et sykehus? Dette har det vært arbeidet forholdsvis lite med, i hvert fall systematisk og langsiktig. Dette har også vært forsket lite på. Det gjelder i Norge som internasjonalt.

I dette prosjektet dokumenterer vi et verdiarbeid som har gått over flere år på Diakonhjemmet sykehus i Oslo, og undersøker verdien særlig av den tredje og foreløpig siste fase i arbeidet, kalt nettopp "Verdier i praksis".

Denne forskningsrapporten har to forfattere. Bidragene er som følger: Førsteforfatter hadde idéen, gjennomførte intervjuene og dokumentinnsamlingen, systematiserte funn og førte artikkelen i pennen. Andreforfatter bidro særlig til utvikling av design og metode og i analysearbeidet.

Vi vil takke sykehusdirektør Morten Skjørshammer, som stilte seg positiv til ideen om et forskningsprosjekt, og som åpnet dørene for oss. Også takk til informantene, som brukte verdifull tid på prosjektet, og Olav Helge Angell, Beate Jelstad, Olav Molven og Leif Stapnes i forskergruppen i Seksjon for verdibasert ledelse, Diakonhjemmet høgskole, for kommentarer til manuskriptet. En takk også til Sissel Johnsrud ved sykehusdirektørens kontor for praktisk hjelp til gjennomføring av intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen.

Son, august 2008,

TE/HE

SAMMENFATNING

Bakgrunn

Et sykehus forutsettes å skulle realisere verdier, menneskelige så vel som faglige. Pasienter forventer å bli møtt med hjelpsomhet og fagkunnskap, at kunnskap og kvaliteten er på topp, og at man kan føle seg trygg, respektert og i gode hender. Helsevesenet bør fungere godt og rettferdig, og verdier som kvalitet, trygghet og respekt bør gjøres gjeldende for alle. Politikere har drøftet og definert verdier for den norske helsetjenesten, og norske sykehus har i dag definert sine kjerneverdier. Det finnes i dag liten forskningsmessig dokumentasjon på hvorvidt og hvordan sykehus arbeider med å realisere sine verdier i praksis og hvilken effekt dette arbeidet eventuelt har.

I perioden 2003-2006 har Diakonhjemmet sykehus drevet aktivt verdiarbeide i organisasjonen gjennom prosjektet ”Verdier i praksis”; et tredelt prosjekt der de to første fasene hadde til hensikt å utvikle en metode for å studere hvordan vedtatte verdier kommer til uttrykk og hvordan faktisk atferd kan uttrykke skjulte verdier som lever i organisasjonen. Deltakelse i disse to fasene var frivillig.

Basert på erfaringer fra disse delprosjektene initierte ledelsen høsten 2006 et prosjekt for alle lederne ved sykehusets 18 avdelinger. Hensikten med denne intervensjonen var fra ledelsens side å stimulere til refleksjon over ”praksisverdier”, dvs de verdier som kommer til uttrykk i det daglige, praktiske arbeidet på avdelingene. Det ble arrangert tre ledersamlinger. Mellom disse arbeidet avdelingene med verdirelaterte prosjekter som skulle stimulere til refleksjon. Hver avdeling valgte selv tema, form og metode. På tredje ledersamling ble prosjektresultatene presentert for alle.

Hensikten med denne studien er å dokumentere innholdet i verdiarbeidets tre faser, og å undersøke verdien særlig av den tredje og foreløpig siste fase i arbeidet, slik denne blir vurdert av deltagerne som ledet gjennomføring av prosjekter i avdelingene.

Metode

Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer, fokusgruppeintervjuer (avdelingsledere på avdelinger som presenterer prosjekter), individuelle intervjuer (sykehusdirektør, de to prosjektlederne og en avdelingsleder), deltakende observasjon (siste samling) og dokument- og litteraturundersøkelser. Fokusgruppeintervjuene ble analysert både tematisk og narrativt.

Resultater

Samtlige avdelinger arbeidet med prosjekter, hvorav ti ble presentert på siste samling. De fleste av disse var direkte eller indirekte rettet mot pasienter og pårørende, og hvorvidt de fikk den ønskede mottagelse og behandling. Enkelte var rettet mot rutiner, andre mot kommunikasjon, mens ett tok opp det etiske dilemmaet mellom autonomi og bruk av tvang i psykiatrien. Noen prosjekter var også rettet mot intern kommunikasjon og samarbeid.

Avdelingsprosjektene fokuserte særlig sykehusets kjerneverdier: respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet. I tillegg var noen rettet mot verdiene medmenneskelighet, ansvar og verdighet, og mot mangel på realisering av verdier. Også en rekke andre verdier ble berørt.

Selv prosessen i intervensjonen ble vurdert forskjellig. Enkelte oppfattet timingen som dårlig og pålegget fra toppledelsen som utidig, om enn kanskje nødvendig. Andre

opplevde initiativet fra toppen som en viktig forutsetning for å kunne prioritere gjennomføring i avdelingene. Over halvparten uttrykte ambivalens til prosjektarbeidet, mens enkelte var entydig positive.

Prosjektlederne vurderte jevnt over utbyttet av prosjektarbeidet som stort. De fleste rapportert om økt refleksjon, enkelte om bedre samhold, andre om ulike positive endringer i praksis. Dette kan tyde på at det å arbeide med verdier på denne måten kan stimulere kvalitet og styrke organisasjonen. Informantene melder at kjerneverdiene jevnt over er godt ivaretatt i praksis, men også at det forekommer situasjoner hvor det motsatte er tilfelle.

Intervensjonen ser ut til å ha ført til økt organisatorisk selvrefleksjon.

Prosjektpresentasjonen i plenum for hele ledergruppen ser ut til å ha stimulert til åpenhet i miljøet, gitt innsikt i andres praksis og åpnet for ideer og kritisk refleksjon. Begrepet ”verdier i praksis” er til en viss grad blitt en del av et organisasjonskritisk språk, det ble reist spørsmål ved om kjerneverdiene er utfordrende nok og om det er tilstrekkelig kritisk verdirefleksjon omkring faglige vurderinger og prioriteringer. Det ble også uttrykt et ønske om å utfordre seg selv mer, og å gå videre med verdiprosjekter, først og fremst i en praksisnær retning.

Begrensninger

Informantene er ledere for de ti prosjektene som ble gjennomført og presentert på siste samling. Hvordan de som ledet arbeidet med prosjekter *som* ikke ble avsluttet med presentasjon i plenum vurderer intervensjonen, er ikke undersøkt. Det kan være grunn til å anta at disse vil vurdere verdien av intervensjonen noe annerledes.

Ettertanker

Det synes å være fire hovedgrunner til at prosjektet i all hovedsak må vurderes som vellykket, i og med at det synes å ha resultert bl a i styrket bevissthet om kjerneverdiene, økt refleksjon over verdier og etiske dilemmaer i praksis, og motivasjon for videre verdiarbeid. 1) *Struktur*: Prosjektet inngikk i en på forhånd etablert kontekst (ledersamlinger med fast tema), det ble etablert et organisasjonskritisk språk (”verdier i praksis”), samtlige ledere ble automatisk involvert, og prosjektet hadde en fast ramme av klare forventninger. 2) *Legitimering*: Deltagelse ble legitimert av toppledelsen, bl a ved at samlinger ble flyttet ut av sykehuset, toppledelsen deltok selv hele tiden, og prosjektarbeide ble prioritert. 3) *Planlegging*: Intervensjonen var godt planlagt og systematisk gjennomført, bl a med felles ledersamlinger, forslag til prosjekttyper og metoder for gjennomføring, og program for avsluttende eksponering og refleksjon i felles forum. 4) *Autonomi*: Det var betydelig grad av frihet fra deltageres side i valg av avdelingsprosjekt, metode for gjennomføring og endelig presentasjonsform.

Kombinasjonen av toppstyring og deltagerstyring synes å ha vært gunstig, selv om flere uttrykte at de gjerne ville deltatt i planleggingen. Ved en eventuell videreføring vil det å finne en god balanse mellom topp- og deltagerstyring være en sentral utfordring.

Det er behov for videre forskning, både om virkninger av verdiarbeid i sykehus generelt, og om denne intervensjonen spesielt. For å få et sikrere grunnlag for å vurdere effekten av intervensjonen i sykehuset som helhet, kunne informantgrunnlaget utvides til også å omfatte ledere for prosjekter som ikke ble presentert på siste samling, helst også andre medarbeidere på de ulike avdelingene. Den endelige kriteriet på verdiarbeidets betydning er naturligvis hvorvidt det fører til bedre pasientbehandling i praksis. Også dette er det behov for å forske på.

I INNLEDNING

VERDIER I PRAKSIS

Høsten 2006 ble det gjennomført et verdiprosjekt for ledere ved Diakonhjemmets sykehus. Prosjektet var det tredje i en serie prosjekter kalt *Verdier i praksis*, som startet to år tidligere. Hensikten fra sykehusledelsens side var å stimulere til refleksjon over moralske verdier slik disse kom til uttrykk i den praktiske hverdag på avdelingene.

Det er resultatene av denne tredje fasen i verdiarbeidet som her først og fremst skal undersøkes. Nedenfor skal vi bruke noe plass på å dokumentere bakgrunnen for denne intervensjonen. I del II presenterer vi undersøkelsens hensikt, problemstillinger og metode, i del III hvilke resultater vi har funnet. I del IV drøftes funnene i lys av relevant teori, og i den avsluttende del V sammenfatter mulige suksessfaktorer og utfordringer ved et eventuelt videre verdiarbeid. Vi starter med historikken.

PARAPLYPROSJEKTET

Diakonhjemmet sykehus har satset på å utvikle ”verdier i praksis”. Satsinger hører inn under paraplyprosjektet *Det diakonale sykehus i en postmoderne tid*, som ble startet da ny sykehusdirektør ble ansatt i 2001 (se figur 1: Historikk). Under denne paraplyen ble det opprettet et Diakoniråd, som utviklet kjerneverdier for sykehuset etter en intern spørreundersøkelse innenfor rammen av et prosjekt kalt ”Ofte stilte spørsmål om diakoni” (jf Strøm & Undheim 2005). Fra 2003 profileres sykehusets verdigrunnlag og dets kjerneverdier i Direktørens årsmelding:

Diakonhjemmet Sykehus skal som et privat sykehus være et likeverdig alternativ innenfor rammen av det offentlige helsevesen, og skal utvikle og tilby helsetjenester preget av verdibevissthet, kvalitet og effektivitet. Den kristne nestekjærlighetstanken er grunnlaget for sykehusets kjerneverdier: Respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet.¹

Kjerneverdiene og arbeidet med ”verdier i praksis” knyttes også eksplisitt til det å gi pasientene et helhetlig og godt tilbud, og til en visjon om å bidra til samfunnet:

¹ Direktørens årsmelding 2003, s. 2.

Sykehuset vårt har en visjon i kraft av den tradisjon og det verdigrunnlag vi representerer. Vi har noe å bidra med i Helse-Norge, som et diakonalt sykehus med fokus på verdier i praksis.²

Deretter fulgte et prosjekt om diakonisykepleie (2003-06) og et om verdier i praksis i tre faser (2003-06), her kalt *forsøksprosjektet* (2003-04), *utviklingsprosjektet* (2005) og *intervensjonen* (2006). Det er den siste fasen, intervensjonen som ble gjennomført høsten 2006 (Verdier i praksis III), som her skal studeres nærmere.

Det diakonale sykehus i en postmoderne tid (paraplyprosjekt, 2001)

| 2003 | 2003-06 | 2003-04 | 2005 | 2006 | 2007 |
|---|---|--|--|---|----------------|
| | | | | | |
| Ofte stilte spørsmål om diakoni | Prosjekt diakoni-sykepleiere ³ | <i>Pilotprosjektet</i> (Verdier i praksis I) | <i>Utviklingsprosjektet</i> (Verdier i praksis II) | <i>Intervensjonen</i> (Verdier i praksis III) | |
| Kjerneverdier (<i>respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet</i>) | | | | | |
| Diakonisykepleiere | | | | | |
| | | | | | Verdiforum ... |

Figur 1: Historikk

VERDIPROSJEKTETS RØTTER

Prosjektet *Verdier i praksis* kan sees i lys av interessen for verdier og etikk som vokste frem på 1990-tallet, og som blant annet førte til styrket satsing på etikkundervisning, etikkforskning, profesjonsetikk, næringslivsetikk og utvikling av etiske retningslinjer og kjerneverdier i både offentlige og private virksomheter.

Den økende interessen for verdispørsmål kan forstås på mange måter. Et vanlig perspektiv er at etikk og verdier blir forsøkt satt i sentrum som reaksjon mot strømninger i tiden, det være seg mot kommersialisering, teknologisering, kultur- og verdirelativisme, eller annet. Noen snakker om de store fortellingens sammenbrudd, andre om forvitring av verdier, andre igjen om en flytende modernitet.

Begrepene og diagnosen kan variere, men medisinen er ofte den samme: fokus på etikk og verdier. Siden tidlig på 1990-tallet har interessen for etikkforskning og moralfilosofi fått en renessanse. Også i Diakonhjemmet sykehus kommer denne interessen for etikk som fag til uttrykk, som for eksempel når sykehusdirektøren i internbladet skriver en

² Direktørens årsmelding 2003, s. 11.

³ ”Mot slutten av året ble det startet opp to prosjekter under Diakoniråd: ”Prosjekt diakonisykepleiere” og ”Verdier i praksis”. Det siste har som formål å utvikle en metodikk for å vurdere sykehusets verdier i praksis.” (Direktørens årsmelding 2003, s 4). Styret melder i årsberetningen for i 2005: ”Med utgangspunkt i sykehusets verdigrunnlag og kjerneverdier er det etablert en ordning med diakonisykepleiere, som skal bidra til at åndelige og eksistensielle behov hos pasienten blir fokusert og ivaretatt.” (s. 2).

leder om verdien *rettferdighet* med utgangspunkt i John Rawls' banebrytende moralfilosofiske verk *A Theory of Justice* (1971).⁴

Verdiprosjektene ved Diakonhjemmet sykehus har imidlertid flere røtter. Den viktigste av disse er *institusjonsintern og historisk*, og går tilbake til sykehusets opprinnelse som kristen, diakonal institusjon med det formål "å tjene den fattige og sårbare".⁵ Jesu fortelling om den barmhjertige samaritan har siden starten i 1890 vært lagt til grunn for virksomheten (Stave 1990). Denne tradisjonen føres eksplisitt videre ved at det i innledningen til Sykehusets handlingsplaner fremheves at den kristne nestekjærlighetstanken er grunnlaget for sykehusets kjerneverdier: Respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet.⁶

En annen rot er *ledelsesfilosofisk og organisasjonsteoretisk*, knyttet til sykehusdirektørens interesse for nyere tenkning om såkalt "verdibasert ledelse", som er utviklet gjennom 90-tallet i noe ulike former, blant annet i USA og Skandinavia. Direktøren kom til sykehuset fra en stilling som lærer ved Diakonhjemmet høyskole, hvor han arbeidet nært sammen med den kanskje fremste eksponenten for denne tenkningen i Norge, førsteamanuensis Einar Aadland (1994, 2004, 2006). Aadland ble prosjektleder for *Verdier i praksis* i alle tre faser.

En tredje og kanskje like viktig rot er *tverrinstitusjonell*, og går tilbake til den jesuittiske sykehussammenslutningen *St. Joseph Health System* i Anaheim, California, som sykehusdirektørens og prosjektleder hadde besøkt på en studiereise i 2002. Her fikk de høre om hvordan *St. Joseph Health System* – som i eierform og ideologi har et utgangspunkt ikke ulikt Diakonhjemmet sykehus – hadde arbeidet med å utvikle og integrere sine fire kardinalverdier i sykehusdriften.⁷ Dette tjente som inspirasjon og modell for sykehusdirektøren da han startet arbeidet med å utvikle kjerneverdier for sykehuset og senere satte i gang *Verdier i praksis*-prosjektet.

VERDIBASERT LEDELSE

I faglitteraturen har verdibasert ledelse ofte vært regnet inn under personalledelse, *Human Resource Management* (Aadland 2006:56). *Verdier i praksis*-prosjektet gikk utover denne rammen, i og med at det ikke var avgrenset til personalledelse, men innrettet mot verdier i den praktiske yrkeshverdag, slik disse også kommer til uttrykk i forhold til brukere av sykehusets tjenester. Dette ligger også implisitt i prosjektets navn. Denne forskyvingen av interesse fra indre forhold (arbeidsmiljø) til virksomhetens primærfunksjon (pasientens beste) er forøvrig i tråd med Aadlands tenkning om morgendagens versjon av verdibasert ledelse (2006:61f).

Innen ledelses- og organisasjonsforskning er "verdibasert ledelse" i helsesektoren et lite utforsket område. Verdier i praksis i organisasjoners daglige virksomhet er i liten grad utforsket med vitenskapelige metoder. Aadland og hans medarbeideres undersøkelse av verdibasert ledelse i åtte medlemsbedrifter i HSH (2006) må sies å være en pilotstudie på dette området, både tematisk og metodisk. Denne inneholder en liten studie av et

⁴ "Den viktige rettferdigheten". *Diagnosen* (2004).

⁵ Direktørens formulering.

⁶ Den samme formuleringen brukes i alle handlingsplaner fra 2004-2007.

⁷ St. Joseph Health System (2002). *Values Standards and Key Indicators* (brosjyre); St. Joseph Health System (u.å.). *Living our Ministry with our Employees* (pp-presentasjon).

spesialsykehus. Utover dette finnes såvidt vites ikke vitenskapelig dokumentasjon av verken metoder for eller resultater av verdiarbeid i sykehus, verken i Norge eller internasjonalt.

Et sentralt problem knyttet til ”verdier i praksis” er nettopp at ”verdier” er et vidt begrep, at vedtatte verdier i organisasjoner ofte er generelle og åpne, og at verdier alene ikke gir spesifikke anvisninger på hva som er rett og galt, godt og ondt, rettferdig og urettferdig. Verdier kan være av mange slag, fra økonomiske til etiske. Hva som legges i et begrep som etiske verdier kan også være litt uklart. Dessuten kan verdier i praksis være mer eller mindre bevisste og ubevisste, åpne og skjulte, sosiale og strukturelle. Her anvender vi en vid og åpen definisjon, men avgrenset til egenskaper eller prinsipper som kan sies å være moralsk høyverdige.

Det er ingen enighet blant forskere om en definisjon av begrepet ”verdibasert ledelse”. Aadland (2006) beskriver ”verdibasert ledelse” som et perspektiv på ledelse, som innebærer å se verdier som ”styringsredskaper”. I den amerikanske tradisjon (i den grad man kan snakke om tradisjoner) vektlegges gjerne *økonomiske* verdier, mens det i Skandinavia gjerne legges større vekt på *moralske* verdier. Aadland (2006) definerer verdibasert ledelse som følger:

Verdibasert ledelse er å motivere til og mobilisere organisatoriske handlinger og beslutninger på basis av ønskede verdier, og å avdekke og avgrense innslaget av handlinger og beslutninger som uttrykker ikke-bevisst eller uønskede verdier. (s. 9)

Her vil vi legge en litt mindre teknisk definisjon til grunn, og forstå verdibasert ledelse som det *å lede med utgangspunkt i virksomhetens vedtatte verdier og de verdier som ellers måtte ligge til grunn for virksomhetens primærfunksjoner.*

Verdibasert ledelse foreutsetter og innebærer *et ønske om og en forpliktelse til å legge verdiene til grunn for refleksjoner og beslutninger også når det koster, når det har en pris.* Dermed blir verdibasert ledelse ingen selvfølgelighet i en lederhverdag hvor konflikterende hensyn må veies mot hverandre, det være seg hensynet til ulike pasientgrupper, profesjonsinteresser, faglige vurderinger, eller annet.

VERDIBASERT VIRKSOMHET

Sykehuset er en verdibasert virksomhet, både i kraft av sin tradisjon som diakonal institusjon og i kraft av sine vedtatte kjerneverdier – respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet. Kjerneverdiene er i tråd med medisinsk etikk og generelle verdier for den norske helsetjenesten, som omsorg, trygghet, velgjørenhet, ikke-skade og respekt for autonomi og integritet. De fire regionale helseforetakene i Norge har alle ”kvalitet”, ”trygghet” og ”respekt” som sine tre kjerneverdier (Helse Midt-Norge 2007, Helse Nord 2007, Helse Sør-Øst 2007, Helse Vest 2008). Det kan imidlertid være grunn til å merke seg at det undersøkte sykehuset også har *rettferdighet* som en av sine kjerneverdier. Rettferdighet er en av Platons fire kardinaldyder (ved siden av *visdom*, *mot* og *måtehold*) og en sentral verdi i nyere moralfilosofisk tenkning (Rawls 1971), men vektlegges ikke i særlig grad i stortingsmeldingen om verdier i den norske helsetjenesten (Nr. 26, 1999-2000).

HVORFOR SATSE PÅ VERDIER I ORGANISASJONER?

En åpenbart grunn til at etikk og verdier i organisasjoner har fått stor oppmerksomhet de senere år er de mange skandalene knyttet til økonomiske misligheter og korrupsjon som har rammet både store, internasjonale forretningskonsern, mindre bedrifter og offentlige institusjoner. Bildet er imidlertid mer nyansert, slik det fremgår av mer eller mindre vitenskapelige publikasjoner, offentlig debatt og virksomheters strategiplaner og informasjonssider (jf Aadland 2004, Falkenberg 2006). Vi skal her skille ut seks, dels overlappende forklaringer eller antagelser som ofte nevnes når bedrifter og organisasjoner begrunner sin satsing på verdier og etikk:

1. **Det lønner seg.** Tanken har røtter i en undersøkelse av amerikanske bedrifter tidlig på 80-tallet (Peters & Waterman 1982/2004) som konkluderte at en viktig suksessfaktor var at bedriften var verdistyrkt ("value-driven"). En nyere studie viser at bedrifter som fremstår som sosialt ansvarlige må betale mindre for arbeidskraft enn andre (Frank 2004). At det å bygge på klare verdier er en suksessfaktor i næringslivet, synes etter hvert å ha blitt en etablert oppfatning (jf Collins & Porras 1994, Lencioni 2002),⁸ selv om det også hevdes at når en organisasjon forsøker å artikulere verdiene, mister verdiene ofte sin mening (Bolman & Deal 2003/04:283). Uansett, lønnsomhetsargumentet brukes ofte som en begrunnelse av bedrifter selv, både internt og eksternt.
2. **Det stimulerer kvalitet.** Mens man innen offentlig sektor i 70- og 80-årene særlig vektla nøytralitet og likhet i tilbud til alle, ble det i 90-årene en økt vekt på kvalitet. Med innføring av New Public Management, økt privatisering og sterkere konkurranse i offentlig sektor, er det å satse på verdier et middel til å opprettholde og utdype kvalitet, som en motvekt til for ensidig vektlegging av effektivitet og økonomistyring (Aadland 2006:6). "Kvalitet" er i dag en kjerneverdi i alle de tre regionale helseforetakene i Norge (Helse Nord 2007, Helse Sør-Øst 2007, Helse Vest 2008), slik denne verdien også er i det undersøkte sykehuset.
3. **Det forventes.** Både nasjonalt og internasjonalt er det blitt en vanlig forventning til både offentlige og private virksomheter at de har formulert sitt verdigrunnlag, gjerne også at de utarbeider verdidokumenter og etiske retningslinjer for virksomheten. I varierende grad er slike forventninger også politisk vedtatt og lovfestet. Forbrukere forventer at bedrifter opptrer redelig og tar miljøhensyn, og media følger både offentlige og private virksomheter årvåkent. Fra politisk hold er forventningene klare, slik de bl a kommer til uttrykk Stortingets verdimelding for helsetjenesten (Nr. 26, 1999-2000). Det samme gjelder i næringslivet, hvor det bl a anbefales å utarbeide verdigrunnlag og etiske retningslinjer for eierstyring og selskapsledelse (NUES 2006).⁹
4. **Det styrker omdømmet.** Internasjonalt har hensynet til virksomhetens omdømme ("corporate reputation") og omdømmebygging ("reputation management") fått stadig større oppmerksomhet de senere år (jf Davies mfl 2003, Gaines-Ross 2008, Griffin 2008). Uetisk adferd i organisasjonen ansees – naturlig nok – å ha en vesentlig negativ innvirkning på omdømmet, og systematisk arbeid med etikk og verdier i organisasjonen er blitt en viktig strategi for omdømmebygging (jf Neef 2003:99-169). Denne trenden ser vi også

⁸ Her referert etter Falkenberg (2006:7).

⁹ Her referert etter Falkenberg (2006:7).

i Norge, også innen offentlig virksomhet. Et eksempel er KS (2006), som i sin handlingsplan for etikkarbeidet i kommunesektoren begrunner etikksatsingen nettopp i hensynet til tillit og omdømme.

5. **Det gir mening og motivasjon.** Det er påvist en sammenheng mellom ledelsens etiske standard og medarbeideres jobbtilfredshet (Vitell & Davis 1993). Bevissthet om at virksomheten er verdibasert og økt oppmerksomhet omkring moralske verdier, kan antas å gi opplevelse av mening og dermed å styrke den indre motivasjon for arbeidet. En empirisk studie viser også at indre motivasjon bidrar til gode prestasjoner og redusert turnover i bedriften (Jelstad 2007). I økonomisk teori prøver man ut idéen at samfunnsansvarlige virksomheter tiltrekker seg motiverte medarbeidere, som yter mer og skulker mindre (Brekke & Nyborg 2007).
6. **Det styrker organisasjonen,** dens kultur, identitetsfølelse, faglig kvalitet og engasjement. Dette følger av forrige punkt, og av antagelsen om at organisasjoners identitet er basert på verdier (Ackerman 2000). At arbeid med etikk og verdier styrker organisasjoner ligger også til grunn for ulike teorier om organisasjonskultur (jf Schein 2004) og organisasjonsidentitet (jf Puusa 2006), og formidles i norsk sammenheng av bl a Aadland (2004) og Falkenberg (2006).
7. **Det er etisk nødvendig,** både for å forebygge etisk svikt og for å fremme moralsk god praksis. En særlig grunn til at dette er presserende i dag, er trolig at endringshastigheten i samfunnet er høyere enn noen gang, med stikkord som forskning, teknologi, økonomi, kultur, medier og globalisering. Å vie tid og oppmerksomhet til refleksjon over virksomhetens verdigrunnlag og hvordan man bør opptre i ulike sammenhenger er påtrengende nødvendig rett og slett for at å *holde etisk tritt* med de raske endringene som preger samfunnsutviklingen generelt og profesjonell praksis spesielt.

Det siste – hensynet til god moralsk praksis – er en etisk begrunnelse, i motsetning til de øvrige, som i hovedsak er strategiske.

Prosjektet *Verdier i praksis* synes å ta sitt utgangspunkt først og fremst i en begrunnelse av den siste typen, at det er etisk nødvendig i vår tid, men også i en intensjon om kvalitetsutvikling og kulturutvikling på sykehuset, noe som igjen har sine røtter i at sykehuset er utpreget verdibasert i dobbelt forstand, som en trosbasert helseinstitusjon:

- Å stille seg i tjeneste for de som trenger det. Dette er det diakonale aspektet ved virksomheten. Dette er sentralt for både direktør, sykehusets eier (stiftelsen) og prosjektleder, og gjenspeiles spesielt i sykehusets kjerneverdi ”tjeneste”. Som oppdrag viser det tilbake på institusjonens kristne forankring og Bibelens fortelling om den barmhjertige samaritan.
- Å yte helsehjelp av høy faglig kvalitet. Dette er samfunnsoppdraget, som avspeiles spesielt i sykehusets kjerneverdier ”omsorg” og ”kvalitet”. Det siste er en særlig forutsetning for sykehusets eksistens, i og med at driften i all hovedsak er finansiert over offentlige budsjetter. Også disse verdiene synes å ha solid forankring både hos direktør, eier og prosjektleder.

Prosjektet *Verdier i praksis* kan med fordel forstås på bakgrunn av denne doble begrunnelsen og hensikt med sykehuset. I tillegg kommer direktørens vektlegging av kvalitet, som også er en av sykehusets kjerneverdier, og prosjektleder sin interesse for

organisasjonskultur (Schein) og herredømmefrie dialogformer (Habermas), som preger hans metodiske tilnærming.

Som diakonal institusjon er sykehuset en organisatorisk ramme for det å stille seg i tjeneste for de som trenger det, kanskje særlig de som trenger det mest. Vi forstår det slik at et viktig aspekt ved motivasjonen bak prosjektet *Verdier i praksis* nettopp har sin rot i en slik diakonal tenkning, med en særlig vekt på å stille seg i tjeneste overfor de som trenger det mest. Derfor blir verdier i praksis det sentrale, ikke bare verdier i organisasjonen.

I mange sammenhenger blir verdier i organisasjoner et spørsmål om arbeidsmiljø. Som Aadland (2006) har pekt på, behandles ofte verdibasert ledelse i litteraturen under området for personalforvaltning, eller – som det heter på moderne norsk – : Human Resource Management – HRM.

FORSØKSPROSJEKTET (VERDIER I PRAKSIS I, 2003-04)

Fra og med 2004 har prosjektet *Verdier i praksis* stått på sykehusets handlingsplan, oppført som et organisasjonsutviklingstiltak.¹⁰ Første fase (2004) er beskrevet som et forsøksprosjekt.¹¹ Formålet var ”å utvikle en metodikk for å vurdere sykehusets verdier i praksis.”¹² Deltagere var ansatte ved ulike avdelinger. Prosjektet ble ledet av førstemanuensis Einar Aadland og høgskolelektor Liv Thorild Undheim ved Diakonhjemmet Høgskole. Alle ansatte ved sykehuset fikk invitasjon til å delta, og 20 personer, de fleste sykepleiere, utforsket hvordan verdier kan forstås, avdekkes og studeres i arbeidshverdagen.¹³ Prosjektet var bygget opp omkring tre halvdagssamlingen, samt en fjerde presentasjonssamling som var åpen for alle sykehusets ansatte. Mellom samlingene gjennomførte deltagerne ulike oppgaver for å samle inn materiale om verdipraksis.¹⁴ Metodikken var bygget på begreper og metoder beskrevet av Aadland i boken *Den truverdige leiaren*, som kom ut samme år (2004). Deltagerne besøkte hverandres poster og observerte kulturuttrykk som kunne knyttes til kjerneverdiene, både positivt og negativt, og de samlet inn verdifortellinger som ansatte hadde opplevd, som så ble presentert i plenum på den avsluttende samlingen (Strai 2004:1; Jacobsen 2005:68). En undersøkelse i etterkant viste at selv om prosjektet var høyt prioritert fra sykehusledelsens side, var det ikke like stor entusiasme på mellomleder og lavere ledernivå i organisasjonen (Jacobsen 2005:69).

UTVIKLINGSPROSJEKTET (VERDIER I PRAKSIS II, 2005)

I 2005 skulle prosjektet videreføres,¹⁵ med det formål ”å videreutvikle metoder for å studere hvordan *de vedtatte verdiene* (åpne verdier) fungerer i den praktiske hverdagen, samt avdekke hvordan *faktisk atferd* kan beskrive som uttrykk for verdier (skjulte verdier).¹⁶ Det ble invitert til frivillig deltakelse i tverrfaglig sammensatte

¹⁰ Handlingsplan 2004, 2005, 2006 og 2007.

¹¹ Notat ”Verdier i praksis. Prosjekt 2005”.

¹² Direktørens årsmelding (2003:4), Jacobsen (2005:68).

¹³ Notat ”Verdier i praksis. Prosjekt 2005”, Jacobsen (2005:68).

¹⁴ Notat ”Verdier i praksis. Prosjekt 2005”.

¹⁵ Handlingsplan 2005.

¹⁶ Notat ”Verdier i praksis. Prosjekt 2005”.

prosjektgrupper, som skulle møtes tre ganger i plenum for å planlegge hvordan man kan studere sykehusets praksisverdier og lage mulige endringstiltak på bakgrunn av dette. Også dette prosjektet skulle avsluttes med en åpen presentasjon. Aadland var leder av prosjektet, som skulle strekke seg fra mars til november. Målsettingen for prosjektet var formulert i to punkter:¹⁷

1. Å styrke arbeidet med innføringen av sykehusets kjerneverdier i praktisk arbeid
2. Å utvikle metoder og teknikker for å øke verdibevissthet og etisk sensibilitet i sykehusets arbeid, med sikte på innsikt i skjulte verdier.

Prosjektet var initiert fra toppen, deltagelsen i prosjektet var begrenset, og få ledere engasjerte seg. I forhold til måloppnåelse var prosjektet ikke vellykket. Det ga allikevel erfaringer som fikk betydning for det videre verdiarbeidet.

Det hadde ikke vært noen klar, faseinndelt plan for gjennomføring av *Verdier i praksis*-prosjektet, slik det kan se ut i ettertid. Tvert imot ”snublet prosjektet seg fremover”, som direktøren formulerer det i ettertid (2008). På bakgrunn av erfaringene fra fase II, trakk ledelsen tre konklusjoner med tanke på videreføring:

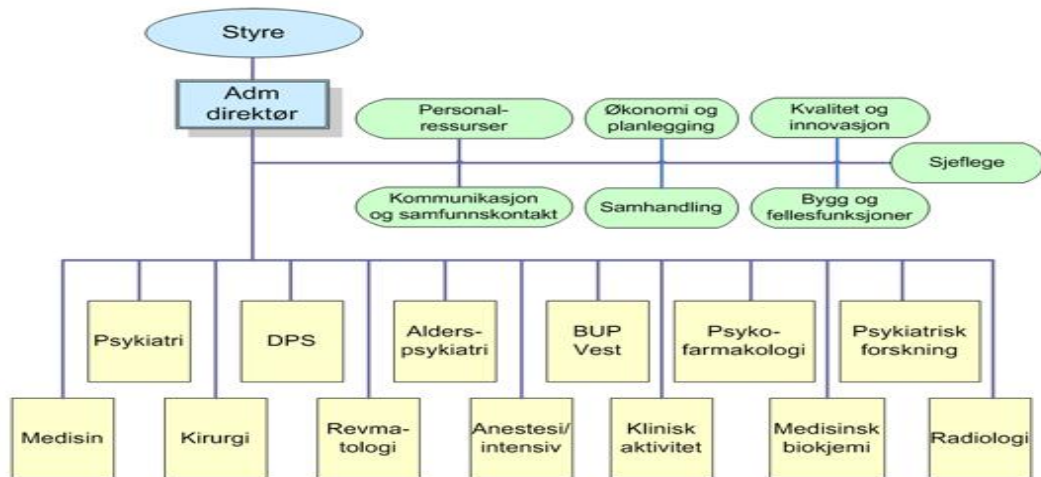
1. Lederne måtte aktivt med hvis verdiarbeidet skulle få betydning
2. Prosessen måtte i større grad være nedenfra og opp, og ikke omvendt
3. Brukerutvalget burde trekkes inn

INTERVENSJONEN (VERDIER I PRAKSIS III, 2006)

Tredje fase – som denne studien særlig beskriver – ble gjennomført høsten 2006. Prosjektet ble initiert av administrerende direktør. Hensikten med prosjektet var å stimulere til refleksjon over ”verdier i praksis”. Denne åpne formuleringen synes å inkludere både utforskning av de verdier som kommer til uttrykk i hverdagen på avdelingene og refleksjon over forholdet mellom slike ”praksisverdier” og sykehusets kjerneverdier.

Den strukturelle rammen for gjennomføringen var høstens ledersamlinger, som fikk ”verdier i praksis” som tema. Denne rammen impliserte at deltagelse i prosjektet var obligatorisk for lederne for alle sykehusets avdelinger (se *figur 2: Organisasjonskart*). I tillegg ble sykehusets diakonisykepleiere invitert til å delta, til sammen ca 80 personer.

¹⁷ Notat ”Verdier i praksis. Prosjekt 2005”.



Figur 2: Organisasjonskart

Ramme og overordnet tema var altså gitt. Tre ledersamlinger ble gjennomført med ”verdier i praksis” som tema, den første og siste samlingen på et konferansesenter i utkanten av byen (Voksenåsen). Den mellomste samlingen ble avholdt på sykehuset. Mellom første og tredje samling skulle hver avdeling gjennomføre et fritt valgt verdiprosjekt i egen avdeling. Prosjektleder var igjen Einar Aadland, med Liv Berit Carlsen ved direktørens stab som prosjektkoordinator.

FØRSTE SAMLING

Første samling ble avholdt i september. Temaet ”verdier i praksis” ble introdusert av sykehusdirektøren. Prosjektleder presenterte resultater av en verdiundersøkelse i åtte norske bedrifter (Aadland 2006), en skuespiller (Ellefsen 2008) fremførte en monolog om et verdiladet møte mellom en bruker og sosialtjenesten, leder for brukerutvalget holdt et innlegg, og koordinator og prosjektleder la frem en rekke eksempler på mulige prosjekttyper og metoder som utgangspunkt for valg av avdelingsprosjekter. Avdelingene diskuterte i grupper, og det ble gitt en frist på 14 dager for hver avdeling til å velge tema, form og metode på prosjektet. Sluttproduktene av prosjektarbeidet skulle presenteres i plenum på siste samling. Prosjektkoordinator mottok prosjektideene, og koordinerte prosessen.

ANDRE SAMLING

Samlingen ble avholdt på sykehuset. Hovedinnholdet var fremlegg i plenum av de prosjektene den enkelte avdeling hadde valgt. Hensikten var å dele ideer og utvikle det enkelte prosjekt videre. Lokalet var inndelt etter ”kafé-prinsipp”, med bord for hver avdeling/prosjekt, hvor man reiste seg og fortalte om det prosjektet avdelingen hadde valgt. Deretter var det fritt frem for alle til å kommentere, hvorpå prosjektleder kom med forslag til hvordan prosjektet kunne utvikles videre og gjennomføres. Etter andre samling var oppgaven å gjennomføre prosjektene, og klargjøre en presentasjon til tredje og siste samling.

TREDJE SAMLING

Den tredje og avsluttende samlingen ble avholdt i november. Utover en innledende forelesning om Ibsen, etikk og ledelse, og var samlingen viet presentasjoner av resultatene fra prosjektarbeidet i avdelingene. Også på denne samlingen valgte prosjektledelsen å gruppere deltagerne rundt mindre bord. Prosjektpresentasjonene

hadde noe ekspressivt, teater-aktig over seg, en serie innslag av svært ulik karakter, de fleste både underholdende og tankevekkende. En teateranmelder kunne kanskje ha beskrevet ”forestillingen” omtrent som følger:

Den ytre formen var som i et teater, med opphøyet scene, billedskjerm og publikum/ deltagere i grupper på 6-8 personer rundt kafébord i salen. Sykehusdirektøren hadde en tilbaketrukket rolle, som en slags seremonimester som åpnet og avsluttet kort og enkelt, og som for øvrig bivånet det hele, fra et bord nær scenen. Gjennomføringen var overlatt til prosjektleder og prosjektkoordinator, som sammen fylte rollen som gjestfritt vertskap og som konferansierer som rolig og reflekterende, men i hurtig tempo, sørget for lys- og sceneskifter, presenterte nye innslag, og åpnet for kommentarer fra salen etter hvert innslag.

Enkelte presentasjoner var kritisk selvransakende, andre fulle av humor, flere med betydelige innslag av selvironi, alle ulike i form. En billedkavalkade over kontraster i hverdagen, rent og urent, søppel og skjønnhet, en opplesning med musikk om en pasient som blir kasteball i systemet og dør i kø, en TV-film om en mann med en 40 cm lang kniv som legges inn på tvang, en amatørvideo om møtekultur på avdelingen, en annen om forstyrrelser i arbeidstiden, en spørreundersøkelse om pårørendekontakt som – ærlig og rett frem – antydte at oppslutningen sank fra 77 til 53 % etter gjennomføringen av verdiprosjektet. Og et videointervju med barn om verdier i praksis på sykehus: ”Det viktigste er å ha respekt for legen”. Og mye mer.

Det virket som det var stor trygghet i ledergruppen. Man kunne vise frem, se og bli sett, og avdekke dilemmaer, selvkritikk, svikt. I hvert fall lette litt på teppet. Tanken på at en del avdelinger ikke presenterte noe, og at det også måtte finnes tabuer og spørsmål som ikke ble tematisert, fjernet ikke hovedinntrykket at her var det høyt under taket.

Enkelte prosjekter var gjennomført av en ansvarlig leder med noen få medarbeidere, mens andre hadde mer preg av å være fellesprosjekter ved avdelingen, med deltagelse fra både ledere og medarbeidere på tvers av fag- og profesjonsgrenser.

II PROBLEMSTILLINGER OG METODE

UNDERSØKELSENS HENSIKT/PROBLEMSTILLINGER

Denne studien retter seg altså særlig mot tredje fase i *Verdier i praksis*-prosjektet, som vi her har kalt *intervensjonen*. Undersøkelsen har som overordnet hensikt å finne ut hvordan verdien av intervensjonen blir vurdert av deltagerne som ledet gjennomføring av prosjekter i avdelingene. Delspørsmål har vært: Hva er prosjektets kontekst og strukturelle rammer? Hva slags prosjekter ble gjennomført, og hvilke verdier valgte man å arbeide særlig med? Hva har utbyttet vært for praksis, på avdelingsnivå (for deltagere, medarbeidere og brukere av sykehusets tjenester)? Hva forstår lederne selv med ”verdier i praksis”, og hvorvidt har prosjektet ført til økt refleksjon over praksisverdier? Hvorvidt har man vært motivert for prosjektet, og hva har eventuelt gitt resultater (virkningsmekanismer)? Hvilke verdier preger avdelingene, og hvorvidt sammenfaller disse med sykehusets vedtatte kjerneverdier? Hva ble lederne (eventuelt) overrasket over i arbeidet? Og hvilke tanker gjør lederne seg om verdiarbeidet på sykehuset i etterkant av intervensjonen?

METODE

Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer, fokusgruppeintervjuer, individuelle intervjuer, deltagende observasjon og dokument- og litteraturundersøkelser.

UTVALG AV INFORMANTER

Hovedutvalget av informanter består av 10 prosjektledere og co-prosjektledere for de avdelingsprosjektene som ble gjennomført og presentert på siste samling. I tillegg ble også sykehusdirektør og de to prosjektlederne for *Verdier i praksis*-prosjektet intervjuet. Av de ti lederne for avdelingsprosjektene som ble intervjuet var fem kvinner og fem menn. De fleste av disse var selv i avdelingslederfunksjoner, mens to var medarbeidere som hadde fått delegert ansvar for gjennomføring av verdiprosjektet i avdelingen. Profesjonsbakgrunnen er ukjent for to av informantene, men er ellers likt fordelt mellom medisinske og sykepleiere/diakoner.

DOKUMENTGJENNOMGANG

En rekke ulike dokumenter ble samlet inn og analysert for å avklare prosjektets historikk, innhold og intensjon. Sykehusets strategidokumenter, rapporter og notater som dokumenterer prosessen og bakgrunnen for denne er samlet inn fra sykehusets arkiv og nettsider. Videre finnes noe skriftlig materiale om hvert enkelt prosjekt, slik dette ble meldt inn på forhånd til arrangøren av siste samling. I tillegg er sykehusets internpublikasjoner, en mastergradsavhandling og prosjektleders bøker gjennomgått. Disse kildene henvises det fortløpende til i teksten.

DELTAKENDE OBSERVASJON

En av forfatterne deltok på den avsluttende samlingen for samtlige ledere ved sykehuset (som ekstern foredragsholder), og observerte presentasjonene da resultatene fra avdelingsprosjektene ble lagt frem (jf presentasjonen av tredje samling, ovenfor). Det ble tatt sporadiske notater under presentasjonene, men ikke systematisk og fullstendig.

SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Spørreskjemaer ble sendt ut til alle ledere som gjennomførte avdelingsprosjekter i forkant av fokusgruppeintervju og individuelle intervjuer. Hensikten med spørreskjemaet var todelt. Den primære hensikten var å aktualisere deltagerens tanker og opplevelser knyttet til gjennomføringen av eget avdelingsprosjekt, særlig med tanke på de etterfølgende intervjuene, siden det var gått forholdsvis lang tid siden prosjektet var avsluttet (ca 13 måneder). Videre var det et formål å innhente faktiske opplysninger om deltagerens rolle og funksjon i intervensjonen, og en foreløpig vurdering av dens mulige verdi. Skjemaets fire hovedspørsmål gjaldt utbytte av 1) samlingene, 2) prosjektarbeidet i avdelingene, 3) presentasjonen på siste samling og 4) intervensjonen som helhet (se vedlegg 1: Spørreskjema).

FOKUSGRUPPEINTERVJU

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervju med til sammen ni personer som hadde hatt ansvar for å gjennomføre av delingsprosjekter. Rammen for intervjuene var halvannen time. Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide (se vedlegg 2: Intervjuguide). Intervjuet ble gjennomført av en av forfatterne. Innledningsvis ble det kort referert til spørreskjemaundersøkelsen, og til at intervjuer hadde forstått det slik at hensikten med intervensjonen hadde vært å bidra til økt oppmerksomhet om verdier i sykehuset, og ikke – for eksempel – å ”implementere” sykehusets vedtatte verdier. Med dette som utgangspunkt orienterte intervjuer kort om intervjuets hensikt, nemlig å finne ut hva deltagerne tenkte om intervensjonen i ettertid og hva den eventuelt hadde ført til for dem selv, for medarbeidere og for pasienter. Videre ble enkelte hovedspørsmål fra intervjuguiden nevnt: Hva forstår den enkelte ved ”verdier i praksis”? Hvilke verdier, og eventuelt hvilke verdikonflikter, er man blitt særlig oppmerksomme på i egen avdeling? Og: Hvilke verdier mener man preger avdelingen, sett i forhold til sykehusets kjerneverdier? (jf intervjuguide, vedlegg 2) Etter en denne innledningen, som tok ca to-tre minutter, og en kort presentasjonsrunde, var ordet fritt.

I den videre prosessen inntok intervjuer en tilbaketrukket rolle, utover det å stimulere samtalen mellom gruppedeltagerne og å stille enkelte åpne spørsmål til gruppen ut fra intervjuguiden, i den grad disse ikke ble bragt på bane av gruppedeltagerne selv, i tråd med vanlig praksis og anbefalinger for fokusgruppeintervjuer (bl a Wilkinson 2004: 178). Gruppesamtalen var uformell, og fulgte i all hovedsak sin egen assosiative og kontrastfylte dynamikk, som førte til at stadig flere erfaringer, inntrykk og refleksjoner

ble delt. For begge gruppers vedkommende førte samtaleprosessen etter hvert til en forholdsvis bred enighet i vurdering av utbytte og om ideer til hvordan prosjektet med fordel kan følges opp.

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og transkribert i ettertid (til sammen 30 sider tett tekst). Intervjuer noterte hovedpunkter rett etter intervjuet, for å summere opp hovedinntrykk.

INDIVIDUELLE INTERVJUER

Åpne intervjuer ble gjennomført med sykehusdirektør og de to prosjektlederne, særlig med tanke på å forstå historikken, intensjonen og motivasjonen bak prosjektet. Alle tre har også lest gjennom manus med tanke på å korrigere eventuelle faktafeil og supplerende informasjon. Det ble også gjennomført individuelle intervjuer med ledere for avdelingsprosjektene som ikke hadde anledning til å møte til fokusgruppeintervju. Det ble tatt notater fra intervjuene, og disse ble skrevet ut og supplert i løpet av noen få timer etter at intervjuet var gjennomført.

ANALYSE AV DATA

Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen ble talt opp og blir her presentert sammenfattende. Fokusgruppeintervjuene og de individuelle intervjuene ble konvertert til tekst og analysert i detalj av begge forfattere, både *narrativt* (førsteforfatter), etter prinsipper for nærlesning ("close reading") av skjønnlitteratur (Eide 2001), og *tematisk* (andreforfatter), etter vanlige prinsipper for analyse av fokusgruppeintervjuer (Wilkinson 2004). Analysene ble deretter sammenlignet, utdypet med fornyet nærlesning før funnene ble systematisert og fortolket i lys av teori. I det følgende presenteres hovedfunn, i hovedsak organisert i tråd med spørreskjemaene og intervjuguiden.

III RESULTATER

INTERVENSJONENS HENSIKT

Hensikten med verdi-intervensjonen fra sykehusledelsens side – slik den fremgår av intervju med sykehusdirektøren – var å stimulere til refleksjon og utforskning av de verdier som kom til uttrykk i hverdagen på avdelingene.

Det kan imidlertid synes som prosjektleder og prosjektkoordinator hadde noe ulike oppfatning av intensjonen med *Verdier i praksis*-prosjektet. Mens den første så hensikten som å stimulere til ”refleksjon over praksisverdier”, formulerte den andre formålet i ettertid som ”å styrke ledernes eierforhold til kjerneverdiene”. Dette kan ved første øyekast synes å bety omtrent det samme. I terminologien som ble brukt i prosjektet er det imidlertid et skille mellom såkalte ”praksisverdier”, som omfatter alle de bevisste og ubevisste verdier som kommer til uttrykk i praksis, og ”kjerneverdier”, som er begrepet for de ønskede verdiene som sykehuset formelt har vedtatt skal legges til grunn for virksomheten. Mens prosjektleder ser den primære hensikten som å utforske praksisverdier, ser prosjektkoordinator den primære hensikten som å integrere vedtatte kjerneverdier.

Denne tvetydigheten kommer også til uttrykk i invitasjonsbrevet til ledersamlingene, hvor det på den ene siden heter at ”praksis- og handlingsverdiene skal være i fokus”, mens det på den annen side ble reist følgende spørsmål: ”Hvordan fremme ønskede verdier i praksis?”

I andre skriv om *Verdier i praksis*-prosjektet som sirkulerte blant deltagere på flere avdelinger den første tiden, formuleres hensikten mindre tvetydig, som for eksempel å utvikle ”økt bevissthet om sykehusets (kjerne)verdier, og hvordan de kan uttrykkes i praksis”. Her er det altså integrering av kjerneverdiene som settes i fokus, mens praksisverdiene – som sykehusledelsen primært hadde for øye – kommer i bakgrunnen.

Deltagerne i prosjektene synes da også å ha oppfattet at den overordnede hensikt med intervensjonen var å arbeide med sykehusets kjerneverdier. Dette viser seg i valg av

verdier som ble fokusert i avdelingsprosjektene (se nedenfor), og kom også klart til uttrykk i fokusgruppene.

AVDELINGSPROSJEKTENE

GENERELT

Det ble utviklet 18 prosjekter (inkl direktørens forkontor), hvorav 10 ble lagt frem på den avsluttende felles ledersamlingen.¹⁸ Samtlige av sykehusets avdelinger hadde minst ett prosjekt. I tabell 1 på neste side er de ti prosjektene som ble presentert på den avsluttende samlingen oppført over streken.

TEMATIKK

Av de ti presenterte prosjektene var de fleste rettet direkte eller indirekte mot pasienter og pårørende, og hvorvidt de får den ønskede mottagelse og behandling. Enkelte var rettet mot rutiner, andre mot kommunikasjon, mens ett tok opp det etiske dilemmaet mellom autonomi og bruk av tvang i psykiatrien. Noen prosjekter var rettet mot intern kommunikasjon og samarbeid.

TABELL 1: AVDELINGSPROSJEKTER - OVERSIKT

| Presenterte prosjekter (10) | Prosjekttittel/tematikk | Metode | Form | Verdier |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-------------------|---|
| 1. Alderspsykiatrisk (SB) | <i>Første gangs pårørendekontakt</i> | Spørreundersøkelse | PP/muntlig | <i>kjerneverdiene</i> |
| 2. DPS | <i>Pasienttilfredshet</i> | Brukerundersøkelse | PP/muntlig | <i>medmenneskelighet, respekt, kvalitet</i> |
| 3. FoU (psykofarmakologisk) | <i>Etisk vurdering av prosjekt</i> | Kasustikk | Muntlig | <i>kjerneverdiene</i> |
| 4. Kirurgisk | <i>Ventetid – kvalitetstid</i> | Sp.skjema/kartlegging | PP/muntlig | <i>kjerneverdiene</i> |
| 5. Medisinsk | <i>(Est)etikk i hverdagen</i> | Sp.skjema | PP/foto | <i>kjerneverdiene</i> |
| 6. Personal og kompetanse | <i>Respekt for hverandres tid</i> | --- | Video | <i>respekt</i> |
| 7. Psykiatrisk (Vinderen) | <i>Autonomi versus tvang</i> | Spørreskjema medarb. | TV-film/muntlig | <i>respekt, tjeneste, ansvarlighet¹⁹</i> |
| 8. Radiologisk | <i>Forstyrrelser i arbeidsdagen</i> | --- | Video/muntlig | <i>respekt</i> |
| 9. Rheuma | <i>Møte med pasienten i skranken</i> | Delt. observasjon | Muntlig | <i>respekt, tjeneste, rettferdighet</i> |
| 10. Samhandling | <i>Fortelling om en klagesak</i> | Casebeskrivelse | PP/muntlig/musikk | <i>rettferdighet, respekt, verdighet</i> |
| <hr/> | | | | |
| Øvrige prosjekter (8) | Prosjekttittel/tematikk | Metode | Form | Verdier (implisitt i parentes) |
| 11. Anestesi | <i>Kvalitet, fag, drift</i> | Beskrive dilemmaer | Video | <i>kvalitet</i> |
| 12. Bygg og fellesfunksjoner | <i>Koord. av innkjøpsanmodninger</i> | Ukentlige møter/IT | ---- | <i>kvalitet, service</i> |
| 13. Direktørens forkontor | <i>Registrering av henvendelser</i> | Kartlegging | --- | <i>rettferdighet, kvalitet, respekt</i> |
| 14. KLA - fysio/ergo | <i>Funksjonalitet på arbeidsrom</i> | --- | --- | <i>funksjonalitet, samhandling</i> |
| 15. Klinisk kjemisk | <i>Kommunikasjon/ informasjon</i> | Observasjon | --- | <i>respekt, forståelse</i> |
| 16. Kvalitet og innovasjon | <i>Integritet og verdighet</i> | Konkretisere begreper | Bilder/video | <i>integritet, verdighet</i> |
| 17. Psykofarmakologisk | <i>Prøveflyt og svartid</i> | --- | --- | <i>kvalitet (brukerorientering)</i> |
| 18. Økonomi og planlegging | <i>Økonomi, verdier, drift</i> | Identifisere dilemmaer | Video | <i>rettferdighet, gjensidig forståelse</i> |

Resultatprosjekt:

Psykiatri

VERDIFORUM

Som det fremgår av tabellen over varierte de 10 prosjektene som ble presentert i tematikk, metode, presentasjonsform og verdifokus.

¹⁸ I årsrapporten 2006 heter det: ”Høstens ledertema hadde nettopp fokus på *verdier i praksis*. Det ble arrangert tre samlinger der avdelingene mellom samlingene gjennomførte evalueringer av egne praksisverdier, og disse ble så presentert for hele sykehuset. (Årsrapport 2006, s. 10).

¹⁹ Psykiatrisk har definert en egen verdi i tillegg til sykehusets: *ansvarlighet*.

METODER

Metodene som var benyttet i undersøkelsene varierte fra spørreskjemaer og foto- og videodokumentasjon til deltagende observasjon og kasuistikk.

PRESENTASJONSFORM

Presentasjonsformen på de enkelte avdelingsprosjektene varierte sterkt, fra korte foredrag med eller uten power point, til opplesning med musikk, fotopresentasjoner, TV-film og selvlagde videoer med påfølgende refleksjoner.

VERDIER

De fleste prosjektene fokuserte på sykehusets kjerneverdier, samlet eller et utvalg (jf tabell 1). Verdien *respekt* gikk igjen i samtlige prosjekter, mens samtlige kjerneverdier fokuseres i fire av disse. Ett fokuserte spesifikt på rettferdighet (visualisering). I tillegg til de øvrige kjerneverdiene – *kvalitet*, *tjeneste* og *rettferdighet* – ble fire verdier eksplisitt fokusert i presentasjonene: *medmenneskelighet*, *ansvarlighet* og *verdighet*. En av avdelingene (psykiatri) har valgt verdien *ansvarlighet* som et supplement til sykehusets fire kjerneverdier. Av materialet går det ikke frem at negative verdier ble fokusert eksplisitt. På den annen side var mangel på realisering av verdier implisitt et gjennomgående tema, f.eks. mangel på respekt, rettferdighet, medmenneskelighet og verdighet.

PROSJEKTLEDERNES VURDERING AV UTBYTTE

I det følgende presenteres resultatene fra spørreskjema- og intervjuundersøkelsene samlet. Først i hvert avsnitt gjengis kort resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen. Deretter nyanseres og utdypes disse med det som kom frem i fokusgruppene og i individuelle intervjuer.

UTBYTTE AV LEDERSAMLINGENE SETT UNDER ETT

I spørreundersøkelsen meldte de fleste at de hadde et visst utbytte, enkelte også til dels stort utbytte, av ledersamlingene, mens ingen meldte at de hadde lite utbytte av samlingene. De som meldte at de hadde til dels stort utbytte, mente at samlingene stimulerte diskusjoner blant kolleger, og bidro til bevisstgjøring av og økt fokus på å omsette verdier i praktisk handling. For diakonisykepleiere førte samlingene til at arbeidet med verdier i organisasjonen gikk lettere.

I fokusgruppene fremhevet flere betydningen av siste samling og prosjektpresentasjonene, blant annet bekreftelsen den ga: ”Vi hadde mange henvendelser etterpå: Å, har dere også det samme?”. En annen fremhever særlig foredragene som viktige: ”Det ble holdt mange gode foredrag som var givende.”

UTBYTTE AV PROSJEKTARBEIDET

Alle lederne i undersøkelsen deltok aktivt i valg av avdelingsprosjekt, og alle unntatt én deltok selv i den praktiske gjennomføringen.

Spørreskjemaundersøkelsen viste at alle unntatt en var helt eller delvis enig i at utbyttet av prosjektarbeidet på avdelingen hadde vært stort. En som hadde gjennomført en

spørreundersøkelse i sin avdeling, meldte at svarene ga lite eller intet nytt. De andre meldte om ulike typer utbytte:

- økt verdidebatt og -diskusjon i avdelingen
- medarbeidere ble bedre kjent med hverandre
- økt oppmerksomhet om diskrepans mellom verdier og praksis,
- økt bevissthet om at verdier er komplekse og vanskelig å ivareta
- positive endringer i samarbeidet på avdelingen

Fokusgruppene bekreftet at de fleste hadde hatt positivt utbytte av avdelingsprosjektene, også i form av operasjonalisering av verdiene i forhold til egen praksis. Informantene fra de ulike avdelingene meldte om utbytte av forskjellig art, ofte ikke omfattende, men allikevel merkbart:

- bedre rutiner: ”Respekt var den verdien vi bygde prosjektet rundt, enkelt og praksisnært. Det ført til at vi laget en rutine. [...] Det har hatt varig effekt.”
- bedre kommunikasjon med pasienter
- bedre oppfølging av/kontakt med pårørende
- bedre ivaretagelse av personvern hensyn
- økt refleksjon i avdelingene: ”Refleksjonen var god fordi vi fikk ro til å dvele ved et tema der og da”.
- bedre samarbeid og samhold gjennom prosjektarbeidet ble også meldt av flere: ”Det ble veldig positivt fordi vi alle hadde en oppgave i prosjektet”
- økt forståelse av verdiers kompleksitet: ”Noe av det vi fant [gjennom prosjektet] var at respekt betyr så mye forskjellig for oss.”

Resultatene ble dels forklart med at det ble avsatt tid, dels med at man selv valgte prosjekt, dels ved at man måtte samarbeide om gjennomføringen, dels med positiv effekt av presentasjonen, og dels med at prosjektet hadde fått nødvendig legitimitet fra toppladelen, og derfor ble prioritert.

UTBYTTE AV PROSJEKTPRESENTASJONENE

I spørreskjemaundersøkelsen meldte de fleste at de hadde hatt til dels stort utbytte av presentasjonene på siste samling. En respondent trakk frem at nivået på prosjekter og presentasjoner var svært forskjellig, og at ikke alt var like verdifullt. En mente at utbyttet av forelesningene var større enn av prosjektpresentasjonene. De fleste trakk imidlertid frem prosjektpresentasjonene og de etterfølgende diskusjonene som viktigst for utbyttet. Flere trakk frem at det var interessant å se hva andre hadde valgt å arbeide med, og at man også på andre måter hadde utbytte av presentasjonene, blant annet:

- økt fellesskapsfølelse
- bedre integrering av verdiene i hele organisasjonen.

De fleste av de som presenterte prosjekter fremhevet responsen fra salen som viktig. En fremhever anerkjennelsen i responsen som særlig viktig.

Også disse funnene ble bekreftet og utdypet i fokusgruppene: ”Debatten var nyttig og interessant.” Hva som hadde vært det viktigste utbyttet ble formulert og vektlagt på litt ulike måter:

- Styrket fellesskapsfølelse: ”Ledersamlingen ga innblikk i andre deler av sykehuset.”
- Kunnskap og bevisstgjøring: ”Det var nyttig. Bevisstgjøringen var nyttig.”

UTBYTTE AV PROSJEKTET SOM HELHET

Samtlige respondenter i spørreundersøkelsen meldte at de alt i alt hadde hatt et visst eller stort utbytte av prosjektet som helhet. Hovedutbyttet er økt oppmerksomhet omkring verdier. En melder om et visst utbytte for egen del, men at utbyttet for organisasjonen trolig har vært stort. Av ulike typer utbytte meldes følgende:

- Bedre prosedyrer. Flere enn halvparten av informantene mener prosjektet som helhet har ført til positive endringer i prosedyrer på avdelingen (mer struktur, bedre samhandling). Andre melder at prosjektet ikke førte til endringer i prosedyrer.
- Konsekvenser for pasienter og pårørende? En av respondentene melder at deltagelse i prosjektet har ført til positive endringer for pasienter og/eller pårørende, mens fire benekter dette. To har ikke svart.
- Bedre samhandling? En melder at endringer i praksis er vanskelig målbare, en annen at prosjektet – om det ikke fikk direkte betydning i ”praksis” – fikk betydning for det sosiale og mellommenneskelige, mulig også samhandling.

Fokusgruppene bekreftet at deltagerne opplevde at prosjektet hadde gitt utbytte, både i form av *økt, kritisk bevissthet* om verdier og ved *endringer i praksis*.

Et uttrykk for økt bevissthet om verdier i praksis ble meldt av en deltager som hadde observert *endring i språkbruk*, at selve begrepet ”verdier i praksis” hadde fått en språklig-kritisk funksjon i organisasjonen, som et begrep man hadde begynt å bruke når noe ikke var som det burde være:

Fra mitt ståsted har jeg merket det [effekten i praksis] på en litt rar måte. Og det er at når noen ønsker å si fra om noe de ikke er glad for, får jeg følgende melding: ”Og dette kaller dere verdier i praksis?” Og da kan jeg bli skuffet eller irritert, men jeg har tenkt: Dette er allikevel et signal om noe positivt, for det blir brukt negativt. Det betyr at man f.eks. tenker at dette burde ledelsen ha gjort annerledes.

En annen informant hadde sjekket med spørreskjema på avdelingen om prosjektet hadde hatt verdi og om det hadde skjedd en endring som følge av prosjektet, og fikk dette positivt bekreftet. Informantens tolker dette som en følge av at medarbeiderne ”ble sett og hørt” i prosjektet. I gruppen ble betydningen av å se medarbeidere fremhevet. En formulerte det slik:

Kanskje handler verdier i praksis om å se medarbeidere, deres gode intensjoner, slik at det ikke blir usett og dermed forvitret. Jeg er sikker på at hver enkelt medarbeider [...] har et stort engasjement, som de kaller litt forskjellige ting, men som har med verdier i praksis å gjøre, som har med livssyn, humanisme, ønske om å hjelpe folk, osv. Det er klart at hvis du ikke ser det, at man ikke opplever at det blir sett, så er man ille ute.

En meldte imidlertid at prosjektet ikke hadde vært så relevant: ”Ikke så lett å applisere prosjektet på vår virksomhet, så det har nok hatt beskjeden effekt på vår adferd.”

Også spørsmålet om hvorvidt prosjektet var nødvendig og viktig kom opp i gruppesamtalene, men noe varierende svar: En meldte klart at det ikke var et nødvendig prosjekt: ”Vi var ikke med fordi dette var noe vi trengte”. En fra en annen avdeling meldte det motsatte: ”Vi trengte det.”

Flere forteller også om konkrete endringer i kommunikasjon og oppmerksomhet i forhold til pasienter.

MULIGE VIRKNINGSMEKANISMER

De fleste fremhever gjennomføring av prosjektene og presentasjonen på siste samling som særlig viktig for eget utbytte og utbytte på avdelingene, mens en særlig trekker frem foredragene på samlingene.

VERDIER

ØKT VERDIBEVISSTHET

I spørreskjemaundersøkelsen melder flere enn halvparten om økt bevissthet om verdier (ledermøter, personalgruppa). På spørsmål om prosjektet har ført til positive endringer i ens egen måte å tenke om verdier på, svarer det fleste bekreftende, mens to svarer benektende. Endringer som meldes av flere:

- Økt bevissthet og oppmerksomhet om verdier og holdninger, og at dette kan ha betydning for både ansatte og pasienter på sykehuset
- Større frimodighet i verdispørsmål, som følge av økt kunnskap og refleksjon

Fokusgruppene bekreftet at lederne antar at prosjektet har ført til økt oppmerksomhet om verdier. I tillegg til at språket i organisasjonen var blitt utvidet med ”verdier i praksis” som et organisasjonskritisk begrep, meldte flere om økt verdibevissthet på andre måter: ”For lederne tror jeg det har hatt en effekt i den forstand at de er blitt mer ... har diskutert det mer [verdispørsmål] og blitt mer oppmerksomme på det.” En annen sier det slik: ”Jeg tror nok det er et internt ledergruppefenomen, men gruppen får et tilskudd ved sin deltagelse og engasjement, og det hever selvfølgelig bevisstheten.” En tredje informant bekrefter dette, men melder også en viss usikkerhet å om prosjektet har hatt mye å si for den daglige praksis: ”Bevisstheten har nok økt, det tror jeg. Men om det er blitt så veldig mye bedre, det skal jeg ikke love.”

Det ble understreket at det ikke var læring i form av kunnskap og løsninger som var viktigst med prosjektet, men at verditenkning og –refleksjon må være en del av hverdagen, og at verdiene kommer til uttrykk i det daglige arbeidet. ”Vitsen med verdier er at de viser seg i praksis. Det er da de får verdi. Det er det vi har brukt prosjektet til.” En annen vektlegger betydningen av å jobbe *spesielt* med verdier: ”Jeg håper vi har dette med oss i arbeidet vi gjør. Jeg sier ikke at vi ikke jobber med verdiene våre nå. Men det var dette å jobbe spesielt med det.”

KJERNEVERDIENE

I spørreskjemaundersøkelsen ga flere uttrykk for at sykehusets kjerneverdier – respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet – etter prosjektet i noen grad kommer bedre til uttrykk i praksis på avdelingen enn de gjorde før, mens enkelte mener at dette skjer i liten grad. Eksempler som nevnes er at respekt vises gjennom aktiv handling, at kvalitet settes foran kvantitet og at bevisstheten har øket ”med de følger det har”. En av de som mener

at verdiene i liten grad kommer bedre til uttrykk enn tidligere, føyer til at verdiene fra før er ”godt på plass”. I intervjuene uttrykkes det samme. ”Jeg synes vi ivaretar de verdiene det er snakk om på en god måte. Vi får generelt gode tilbakemeldinger på hvordan det er å være pasient hos oss.”

I fokusgruppene syntes det å være generell enighet om kjerneverdiene: ”Respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet – kjerneverdiene våre ... Det er fire gode verdier.” En annen uttrykte det slik: ”Jeg tror ikke det er noen motstand mot disse fire verdiene i avdelingen min. Uansett bakgrunn kan vi kjenne oss igjen i dem.”

Det synes også som det var enighet om at verdiene ble rimelig godt ivaretatt i den daglige virksomheten, men at prosjektet nok hadde medført en skjerpet oppmerksomhet: ”Lederne hos oss følte at det førte til en økt bevissthet om kjerneverdiene. Dette hadde vi godt av.” En uttrykte det slik: ”Det ga hjelp til å fokusere. Vi føler vel at vi jobber etter etikk og kjerneverdier til daglig. Men det å operasjonalisere det i noe konkret, det var verdifullt.”

Et spørsmål som ble reist var hvorvidt kjerneverdiene er for vide og uforpliktende (”De er så store”), og så generelle at de ikke utfordrer i tilstrekkelig grad:

De er på et så generelt nivå at alle er enige i dem. Det finnes ikke et sykehus i Norge som ikke kunne skrive under på disse. De er så generelle at du virkelig måtte være ute å kjøre hvis du ikke skulle følge dem.

ANDRE VERDIER

I spørreundersøkelsen melder samtlige respondenter at (også) andre verdier enn de vedtatte kjerneverdier kommer til uttrykk i hverdagen på avdelingen, og at de gjør dette på en positiv måte. Enkelte mente også at andre verdier kunne komme negativt til uttrykk. Som eksempler på positive verdier nevnes blant annet *forståelse, ansvarlighet, omsorg, likeverd, humor, faglig interesse, ambisjoner, medbestemmelse, fellesskap, vennlighet, omtenksomhet, engasjement, empati*. Av verdier som kommer negativt til uttrykk nevnes *effektivitet* av flere.

På spørsmålet om andre verdier – som de ovennevnte – er eller bør være viktigere for sykehuset enn de vedtatte kjerneverdiene, svarer de fleste nei, mens en svarer ja (og i parentes: ”like viktig”). I denne sammenheng viser en respondent til sykehusets slagord: ”Engasjert for mennesket”.

OMSORG

I fokusgruppene kom *omsorg* som verdi opp i ulike sammenhenger, ikke bare i forhold til pasienter og pårørende, men også som leder i forhold til medarbeidere: ”Vi har jo også verdien omsorg for medarbeidere”. En annen uttrykte det slik: ”Jeg tenker det er viktig hvordan jeg tilrettelegger for en medarbeider. Det er et verdispørsmål.”

MOT

I begge fokusgruppene ble også verdien *mot* tematisert, en verdi som – sammen med visdom, måtehold og rettferdighet – inngår i antikkens og middelalderens systemer av kardinaldyder, men som sjelden trekkes frem som verdi i helse- og omsorgsykker.²⁰ En

²⁰ Et unntak er Dag Karteruds doktoravhandling (2006) om sykepleieres utfordringer når det gjelder å gi god omsorg til pasienter som strir med vanskelige eksistensielle spørsmål, hvor *mot* fremheves som en viktig egenskap.

informant fremhevet *mot* som en kontrast til kjerneverdiene: ”Mot er mer utfordrende.” Et spørsmål som ble reist var hvorvidt man hadde mot til å ta opp de virkelig vanskelige spørsmålene:

Har vi mot? Viktig spørsmål: mot og feighet. Det er ikke lett å være uenig i disse systemene. Så hvordan kan vi bli modigere til å utfordre der hvor vanskelighetene virkelig er ... eller, hvor vi møter etikken i faglig vanskelige spørsmål. Internt er det veldig lett å bli selvforfornøyd i disse systemene.

ÅPENHET

Som *mot* ble også *åpenhet* et tema i flere sammenhenger, blant annet når samtalen kom inn på profesjonsuenigheter: ”Jeg skulle gjerne at vi diskuterte åpenhet. Det er også en verdi.”. En annen uttrykte det slik:

Ting ser annerledes ut avhengig av hvor man ser det fra. Å få det på bordet, og snakke om det og utveksle synspunkter *uten* at det blir sånne kulturer som snakker om den andre parten.

Åpenhet (og indirekte *mot*) ble også tematisert i forhold til valg av prosjekter. En meldte klart at det fantes tabuer i systemet: ”Jeg hadde mange forslag til hva vi kunne se nærmere på, og observere. [...] Men apropos åpenhet, det var litt for vanskelig å sette fokus på det, da, for det fungerer jo veldig dårlig på denne avdelingen.”

SAMARBEID

En verdi som ikke ble nevnt eksplisitt som verdi av informantene, men som ble tematisert med positivt fortegn i flere prosjekter, er *samarbeid*. Verdien *samarbeid* ble behandlet både med alvor (f eks prosjekt om respekt for tid) og humor (f eks i video om møtekultur). I fokusgruppene var det også en gjennomgående opptatthet av samarbeid som verdi.

SELVINNSIKT

En annen verdi som ikke ble nevnt eksplisitt, men som ble berørt indirekte i ulike sammenhenger, var lederens evne og vilje til selvinnsikt og til å jobbe med seg selv og sin egen forståelse: ”Jeg opplever stort behov som leder for ... for å jobbe med meg selv. Hvordan er jeg overfor mine medarbeidere? Jeg kan ikke gjøre det gjennom ledelsesstrukturen eller ledersamlingene, jeg må faktisk begynne med det.”

SNILLHET OG VENNLIGHET

En verdi som ble negativt tematisert, var *snillhet* eller *vennlighet*. Ifølge en av informantene kunne overdreven vennlighet i form av misforstått snillisme bli en unnskyldning for ikke å ta opp ting, og dermed en trussel mot verdier som respekt og kvalitet: ”Jeg synes jeg ser mye misforstått snillisme i denne organisasjonen, misforstått sånn at vi kan la være å si fra.”

FLINKHET OG VELOPPDRAGENHET

I likhet med overdreven ”snillhet” ble også overdreven ”flinkhet” og ”veloppdragenhet” tematisert i fokusgruppene: ”Det er en slags tendens i sånne systemer [sykehus] at man skal være flink, sånn at man blir satt pris på, synes. Det å være flink, for sykehusledelsen for eksempel, er veldig kjekt.” Dette ble konkretisert som en mulig grunn til at det kan være vanskelig å ta opp feil, svakheter og vanskelige dilemmaer i avdelingene. Dette ble også angitt som en mulig grunn til at også de som opplevde at

timingene var særdeles dårlig (se nedenfor) gjennomførte prosjektet: ”Veloppdragenhet er den verdien som slår igjennom og som gjør at man ikke nekter å være med.”

VERDIKONFLIKTER

I fokusgruppene kom det frem spenninger mellom ulike verdier. Et synspunkt det syntes å være enighet om var at kjerneverdiene betydning først viste seg når de ble satt under press. En formulerte det slik: ”Jeg mener at verdiene blir synlige først når det blåser som verst.”

Eksempler på verdikonflikter og dilemmaer som kom frem i løpet av samtalene:

- Effektivitetsverdier vs etiske kjerneverdier: Flere trakk frem en mer eller mindre kontinuerlig spenning i avdelingene mellom på den ene siden hensyn til rasjonell drift og tilhørende verdier som effektivitet, produksjon, pasientflyt og budsjettkontroll, og på den andre siden hensynet til pasienter, pårørende og medarbeider og kjerneverdiene respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet.
- Paternalisme og tvang vs respekt for autonomi (psykiatri): ”Når må vi la folk bestemme sjøl når vi ikke liker resultatet? Skal vi legge inn alle som vi tenker at kanskje kan komme til å ta livet av seg? Og holde dem innelåst? Det er mange sånne dilemmaer vi er i.”
- Faglighet vs arbeidsmiljø. Fagområder og behandlingsformer kan ha lav status i media og offentlighet, noe som kan være belastende for medarbeidere: ”Ivaretagelse av medarbeidere ligger veldig høyt når man tar opp denne type fagtemaer. Jeg er bekymret for folk som jobber hos meg, og som sier at de har problemer med å fortelle hvor de jobber. Avisene er jo fulle av kritikk. Da kan det bli et arbeidsmiljøproblem, med utgangspunkt i et faglig dilemma. Det kan bli konflikt.”
- Faglig uenighet med verdiimplikasjoner. En informant sier det slik: ”En del [behandlingsformer] blir betegnet som ikke bra, som viser seg å være bra, som er en nødvendighet i visse situasjoner [som tvang, ECT, etc]. Noe har vi bestemt til ikke å være bra, men som er bra.” Det ble sagt at dette kan bli et etisk problem, fordi faglige uenigheter kan føre til at pasienter ikke får den behandlingen de trenger.
- Omsorg for medarbeidere vs omsorg for pasienter
- Eget livssyn og egen tro vs andres. Det ble reist spørsmålet om hvorvidt annerledes troende/personer med annet livssyn blir møtt med tilstrekkelig respekt.
- Mot vs vennlighet: Har ledelsen mot til å ta opp vanskelige problemer på avdelingen, eller velger man å være vennlig å se gjennom fingrene med overtrap? Et eksempel som en av informantene melder – og får bekreftet i gruppen – er at det hender at ansatte får ”bøtter med kjeft” av andre ansatte. Dette blir beskrevet som ”dårlige verdier anvendt på alle mulige måter i praksis”. En kommenterer dette slik: ”Dette er et glimrende område å ta opp i et eller annet forum. Sette seg ned og si at dette er en beskrivelse av dagens situasjon. Det blir kjefting og skjelling på sakesløse personer. Hvordan kan vi komme dette til livs.”
- Profesjonsuenigheter, dvs konflikter mellom ulike profesjoner, det være seg knyttet til faglige vurderinger, makt- og beslutningsforhold, prosedyrer, etc.

VERDIER SOM LEDERVERKTØY

Hva er verdibasert ledelse egentlig, helt konkret, og hvordan kan verdier brukes som styringsverktøy? Dette var spørsmål som kom opp i fokusgruppesamtalene:

Hvordan kan jeg bruke dette som verktøy som leder? Hvis jeg tenker på verdibasert ledelse som et organisatorisk verktøy, ledelsesverktøy, så synes jeg det blir litt filosofisk, litt uangripelig, litt vanskelig å angripe. Jeg ser veldig godt verdien i disse tingene. Vi diskuterer faglige tema for å bli trygge i en arbeidsprosess. Jeg ser også verdien av å bruke verdibasert ledelse som vi gjorde det [på samlingene], for å få en sammensveiset arbeidsstokk. Men jeg synes det er vanskelig å bruke det for å få gode prosedyrer og systemer. For kommer vi til beslutninger, gjør *du* det og *jeg* det. Så jeg tror man trenger noe i tillegg for at det skal bli et verktøy for ledere. For det er vel derfor vi har det i ledersamlinger.

En annen informant opplevde at man som leder på sykehuset blir overlatt mye til seg selv innenfor rammen av verdibasert ledelse:

Du blir overlatt litt til deg selv som leder, til å tolke betydningen av disse verdiene [...]. Avdelingssjef blir overlatt til seg selv å fortolke hvordan han skal drive avdelingen sin. Ja, det er ikke noe konkret. Jeg føler at det mangler noe.

PROSESSEN I PROSJEKTET

En problemstilling som ikke ble reist i spørreskjemaundersøkelsen men som kom opp i begge fokusgruppeintervjuene, var spørsmålet om hvorvidt selve prosessen i *Verdier i praksis*-prosjektet hadde vært god og i tråd med verdier man ønsker å styrke og fremme. Problemstillingen gjør seg gjeldende i relasjoner på to nivåer, i forholdet mellom toppledelsen og avdelingene ved avdelingsledelsen, og i forholdet mellom avdelingsledelsen og medarbeidere på avdelingene. Problemstillingen kan ha implikasjoner både for motivasjon og deltagelse i prosjektene.

INITIERING OG MEDVIRKNING

I fokusgruppene ble måten prosjektet ble initiert og presentert på problematisert. Flere opplevde at det kom som et pålegg fra toppledelsen, og at det kom som en ekstra belastning i en travel tid: ”Jeg husker ledermøtet. Det var litt sånn, huffda, nå kommer dette oppå alt det andre.” Noen følte en viss irritasjon over at prosjektet ble initiert uten forutgående drøftelser med avdelingene: ”Det ble plantet midt oppi oss, og jeg kan kjenne irritasjonen hvis jeg blir pålagt noe som er til bruk for sykehusledelsen i forhold til deres prosjekter.”

En meldte også at de ble utsatt for betydelig press fra ledelsen, og spesielt fra prosjektleder, for å bli med og gjennomføre prosjektet:

Veloppdragenhet er den verdien som slår igjennom, og som gjør at man ikke nekter å være med. Vi ble presset til å gjøre noe på høsten. For vi sa at vi har funnet ut hvilket prosjekt vi skal ha, men vi vil gjøre det til våren, og ikke midt opp i handlingsplanen. ”Jammen kan dere ikke gjøre litt, da”, sa han ... prosjektlederen. Han var *veldig* pressende. Han sa nærmest ”gjør det for min skyld”, omtrent. Han var *veldig* pressende.

Andre opplevde at pålegget fra ledelsen hadde vært til god hjelp til å våge å sette i gang:

Vi kan bruke mange fine ord, men om det ikke gjenspeiler seg i praksis ... Og så få litt hjelp utenfra [...], fra ledelsen. Det kom fra ledelsen på sykehuset. Det ble satt

fokus på verdier i praksis. Det kom fra toppledelsen, og det tvinger oss til å bli mer bevisst.

Flere ga uttrykk for at initiativet fra toppledelsen nok var nødvendig: ”Jeg tror ikke det hadde kommet fra oss, hvis det ikke var blitt styrt fra ledelsen.” En annen ga uttrykk for at pålegget kanskje helt avgjørende for at prosjekter ble gjennomført:

I den praktiske arbeidsdagen er det viktig at noen blir gitt ansvaret, og at noen tar det ansvaret [...], at noe blir plassert fra direktør ned på avdelingssjef for at det skal bli noe av. Vi hadde dette prosjektet og skulle lage noe i ettertid. Det gjorde at vi ble tvunget til å gjøre det. Jeg er ikke stolt av å si det, men jeg tror det var slik det er.

En fremhever hvor viktig det er å involvere medarbeidere helt ned på grasrota, og sykehusets potensial nettopp for dette:

Dette sykehuset har all mulighet til å få det til, bedre enn noen annen arbeidsplass jeg har vært på, hvor det har dukket opp avgjørende beslutninger uten at vi har vært i nærheten av å høre om dem. Jeg tror vi har et stort potensial, men jeg tror ikke vi utnytter det godt nok. Da får man ikke ut trøkket i medarbeiderne.

Hvordan medarbeidere ble involvert på avdelingsnivå ble ikke undersøkt spesifikt. Det kom imidlertid frem i gruppesamtalen at ledelsen i en av avdelingene hadde bestemt at prosjektet skulle gjennomføres av en medarbeidergruppe med servicefunksjoner. Begrunnelsen var at denne gruppen hadde fått minst faglig påfyll i det siste. I ettertid kommenterte informanten dette slik: ”Det er mange bevisste og ubevisste begrunnelser. [...] Jeg kunne jo si at det hadde vært interessant om vi tok dette i ledergruppen. Vi tør ikke. Det er skummelt.”

TIMING

Flere mente også at prosjektet kom tidsmessig ubeleilig. Man var i og for seg positive til et verdiprosjekt, men opplevde at timingen var ikke god. Det var travelt på avdelingene, og andre lederoppgaver hadde prioritet: ”Det var midt i handlingsplanen, og vi hadde det helt opp i halsen. Det opplevdes ikke som viktig nok.”

AMBIVALENS

Omtrent halvparten av informantene ga uttrykk for ambivalens til prosjektet, særlig i startfasen, mens enkelte var entydig positive. Ingen stilte seg negative. Ambivalensen var knyttet nettopp til opplevelse av manglende medvirkning og dårlig timing. En uttrykte det slik: ”Da dette kom, merket jeg motstanden, for det var ekstremt dårlig timing. Samtidig kjente jeg at jeg har veldig lyst til dette. Det er jo kjempeviktig. Jeg fikk problemer med å være sur i forhold til noe som jeg syntes var interessant.”

LEGITIMITET

Andre mente – som sitert ovenfor – at det kanskje var nødvendig med pålegg fra direktøren, av hensyn til gjennomføring. En fremhevet at pålegg fra toppledelsen ga legitimitet til verdiarbeidet: ”Viktigst for oss var at sykehuset har gitt en aksept og oppfordret til å ta etiske hensyn. Vi har fått legitimitet til å bli etiske.” En annen formulerer det slik: ”Legitimitet kjenner jeg meg igjen i. Det var en mulighet til å jobbe med verdier, helt konkret i arbeidshverdagen.”

DELTAGELSE I AVDELINGENE

Et annet aspekt ved prosessen som ble drøftet i fokusgruppene var hvorvidt medarbeidere på avdelingene ble tilstrekkelig involvert og hvorvidt det hadde vært et reelt samarbeid om gjennomføring av prosjektene. Dette ble ikke undersøkt systematisk, men ble et tema i samtalen i fokusgruppene.

Noen meldte at hele avdelingen ble involvert, at samarbeidet hadde vært bra og at nettopp dette hadde gitt stort utbytte i ettertid: ”Hele avdelingen ble veldig sammensveiset i den oppgaven.”

Andre kommenterte at det var lite samarbeid, og at prosjektet ble en oppgave som ble utført av noen få: ”Da invitasjonene gikk ut var det irritasjon over at det er alltid de samme som må jobbe med dette. (...) Det er noen som plukkes ut på representasjon. Vi er ikke felles om det. De er plukket ut til å lage dette verdiprosjektet. Hva er verdien når vi ikke kommuniserer som team? Det er noen som tar det som en arbeidsoperasjon, og noen som leverer på bestilling.”

OPPFØLGING I ETTERTID

ØNSKER OM OPPFØLGING

I begge fokusgruppene ble det meldt en tydelig interesse for oppfølging av *Verdier i praksis*-prosjektet: ”Det å fullføre, med en del II, ville være en god ting. [...] Fokus på verdier i praksis kan avsløre ubehagelige ting, men fokus på praksis kan også avklare hva som er bra.”

FOKUS PÅ VANSKELIGE SPØRSMÅL

I begge gruppesamtalene kom det frem en interesse for å gå videre. Flere informanter meldte om konkrete planer om videreføring, mens andre tenkte høyt om hva de kunne tenke seg.

Flere var inne på tanken om å ta tak i vanskelige spørsmål og etiske dilemmaer på avdelingene: ”Jeg må jo si det ville være spennende om vi kunne utfordre oss selv mer.” I den andre fokusgruppen ble det formulert slik: ”Hvis jeg skulle være frittalende: Det som savnes er spesifikt å ta tak i det på post til post som ikke fungerer.” Også en tredje informant (fra psykiatri), argumenterer for å gå videre inn i problemområder:

Det er mye bedre å gå inn i de områdene hvor vi har kontroversielle, utfordrende temaer enn bare å snakke om verdiene. I psykiatrien er det mye i forhold til tvang. Hvor langt skal vi gripe inn i folks frihet fordi vi mener at de har godt av det? Og hvis vi ikke gjør det går medarbeideren hjem og lur på om pasienten kommer i morgen, eller om vi får beskjed om at pasienten har tatt livet sitt. Det er ganske tunge verdispørsmål vi kontinuerlig er oppe i, og vi må gå inn i dem. Og det tror jeg vi har motet til. Vi har en rekke slike områder vi kan gå inn i helt konkret.

En av informantene (fra somatikk) hadde motforestillinger mot problemfokusering, særlig på grunn av tidspress, til tross for at verdiarbeidet opplevdes meningsfullt og det var et ønske om å gå videre:

Det er avdelinger som er så pressa på alt de skal gjøre at de evner ikke å se klart. De står i etiske dilemmaer hele veien, fra de kommer til de går. Hvis de skal se på det, blir det kanskje for ille. De klarer ikke stå i det. Det er skummelt. [...] Alle

som jobber klinisk nært, i somatikken, har så stramme hverdager at det å skulle jobbe med noe spesielt, i tillegg til alt det andre de skal jobbe med spesielt, da blir det for mye for mange.

FORSLAG TIL TILTAK

I begge grupper kom det spontant opp en rekke konkrete forslag til hvordan man kunne gå videre med verdiarbeidet.

1. **Initiativ fra ledelsen.** I begge fokusgrupper syntes det å være enighet om at initiativet til en eventuell oppfølging måtte komme fra ledelsen: "Det er ikke noe utidig i å ha fokus på verdier i praksis." En annen sa det slik: "Jeg tror også en del II må initieres fra ledelsen, ideelt sett fra avdelingen. Og da vil det komme opp vidt forskjellige ting." For flere lå det imidlertid implisert en betingelse om medvirkning: "Tenk prosess i stedet for resultater. Tenk samarbeid og kommunikasjon og likeverdighetsstruktur." Fra en av informantene ble det også ytret ønske om en viss frivillighet: "Posten bør være motivert. Det mest interessante er de som ikke vil delta." "At jeg selv velger er viktig, passe tvang."
2. **Tematisk fokusering**
 - a. *samhandling.* Samhandling ble foreslått som et tema, med den begrunnelse at samhandling har med hverdagsetikk å gjøre: "Samhandling er del av et utvidet verdivalg. Våre hverdagslige handlinger har det sterkeste etiske uttrykk, og det viktigste kriteriet er konsekvenser for pasienter."
 - b. *enkeltverdier.* Et annet forslag var å ta for seg én bestemt verdi: "Å ta opp hver verdi, da kommer det mye spennende opp. Som også krever mot."
3. **Samtalefora.** I begge fokusgruppene ble betydningen av samtalefora fremhevet. Disse kan med fordel være tverrfaglige og/eller på tvers av avdelinger. Et eksempel som ble fremhevet var "Verdiforum" (nedenfor).
4. **Faste tider til etisk refleksjon:** "Ledelsen bør gi en føring om at hver avdeling setter av en eller to timer en ettermiddag i uken til å ta opp etiske problemstillinger tilpasset den lokale virkeligheten. Etske problemstillinger kan bunne i praktiske konflikter og profesjonsfriksjoner."
5. **Møter på tvers av avdelingsgrenser:** "Det gir inspirasjon å høre hva som rører seg i de andre avdelingene."
6. **Avdelingseksterne ressurspersoner.** "Det bør være en ekstern person som leder dette [samtalegrupper]. Vi har mye inhouse kompetanse [...]. Noen fra psykiatri kunne ta somatikk. De kan dette med grupper. Høyskolen kunne ta psykiatri, osv. Det ville være billig og bra."
7. **Forskningsprosjekter:** Høyskolen kunne gå inn på oppdrag [...]. Det ville være spennende om noen tok en grad på dette."

(HALV)EKSTERN KOMPETANSE

Et annet tema som gikk igjen i begge fokusgruppene var behovet for ekstern hjelp til å lede slike grupper/samtaler, for å klare å snakke sammen uten å gå i forsvar. Et konkret forslag var å la fagpersoner sitte rundt et bord med en hjelper utenfra, og samtale foran en forsamling ”som hørte på dette for å bli klok av det og se hvordan man kan snakke sammen om vanskelige ting uten at det blir munnhuggeri”.

BRUKERUNDERSØKELSER

En av avdelingene som gjennomførte en brukerundersøkelse som en del av prosjektet har gjennomført dette ved andre enheter i ettertid og fulgt opp også senere. En annen avdeling har konkrete planer om slik oppfølging.

VERDIFORUM

Ved en psykiatrisk avdeling er det i ettertid opprettet en fast møteplass for refleksjon over etikk- og verdispørsmål for ledere og ansatte på hele avdelingen, kalt ”Verdiforum”. Ideen ble utviklet i løpet av prosjektperioden. Forumet fikk finansiering ved å konvertere midler fra et annet prosjekt (”Diakonisykepleiere”), og har en egen koordinator.

Verdiforum er organisert som en samtale gruppe som møtes ukentlig. I tillegg arrangeres fagseminarer hvert semester. Samtalegruppene er på en time, og ledet av to erfarne gruppeveiledere. Deltagelsen på møtene varierer fra 10-18 personer, både ledere og ulike grupper ansatte (snitt på 11 personer over halvannet år). Tematikken er åpen, og deltagerne tar opp aktuelle verdispørsmål med utgangspunkt i utfordrende situasjoner i det daglige arbeidet. I motsetning til for eksempel faglig veiledning, hvor tematikken forblir i gruppene, bringes tematikk fra Verdiforums samtalegrupper ofte tilbake til fagmiljøet. ”Det vi snakker om i Verdiforum blir ikke der. Den debatten skal gå videre på vaktrommet og inn i samtaler på avdelingen. Dette har også ført til forandringer på avdelingen.” Samtalegruppene gir også stoff til fagseminarer.

Fagseminarene i Verdiforum arrangeres 1-2 ganger pr semester, og varer gjerne en halv dag. Temaet er avgrenset, og belyses gjerne av ekstern innleder og interne krefter. På seminarene kan det være mellom 40 og 60 deltagere. Tema på de tre første seminarene har dels utgangspunkt i spørsmål som kom opp gruppene: Etikk og tvang, Etikk og ECT-behandling, og Psykiatri og menneskerettigheter. Verdiforum synes å ha vært et meget vellykket tiltak som har skapt mye diskusjon og økt bevissthet om verdispørsmål i avdelingen.

IV DISKUSJON AV RESULTATENE

Formålet med denne undersøkelsen var altså å finne ut hvordan verdien av intervensjonen blir vurdert av deltagerne som ledet gjennomføring av prosjekter i avdelingene. I det følgende sammenfatter vi først de funnene vi mener er de viktigste, og drøfter dem deretter.

DISKREPANS I OPPFATNING AV FORMÅL OG HENSIKT

Hensikten med verdi-intervensjonen fra sykehusledelsens side var først og fremst å stimulere til utforskning av hvilke verdier som kom til uttrykk i hverdagen på avdelingene, og refleksjon over forholdet mellom slike ”praksisverdier” og sykehusets vedtatte kjerneverdier. Prosjektlederne oppfattet imidlertid at det primære formålet var smalere, nemlig å integrere de vedtatte kjerneverdiene i praksis. Denne diskrepansen i oppfatning av formål og hensikt fikk trolig en viss betydning for avdelingsprosjektenes vinkling og gjennomføring. En mulig effekt av dette er at de fleste prosjektene ble rettet mot en eller flere av sykehusets vedtatte verdier, og i mindre grad mot en åpen utforskning av verdier i praksis. En annen mulig effekt var at flere opplevde motstand mot prosjektet, noe som kan ha flere årsaker (mer om dette nedenfor).

INTERVENSJONEN GA STORT UTBYTTE

ØKT REFLEKSJON OG BEDRE SAMHOLD

Det var bred enighet om at verdi-intervensjonen var viktig. De aller fleste lederne var enige om at verdi-intervensjonen hadde gitt stort utbytte, særlig i form av økt refleksjon, men også i form av bedre samhold, ulike positive endringer i praksis og annet. Dette funnet er ganske entydig.

KVALITET

Dette funnet kan sies å styrke de innledningsvis nevnte antagelsene om at det å arbeide aktivt med verdier kan stimulere kvalitet, styrke organisasjonen og være etisk nødvendig. Det er grunn til å anta at økt refleksjon og oppmerksomhet om verdier stimulerer kvalitet, i og med at det innebærer økt bevissthet om virksomhetens hensikt

og kjerneoppgaver, slik disse blant annet defineres nasjonalt og politisk gjennom verdier for helsetjenesten. Dette er et funn som peker utover litteraturens påpekning av at verdiledelse gjerne ansees som et aspekt ved personalpolitikk.

SAMARBEID

At verdiledelse også har et personalpolitisk aspekt bekreftes imidlertid også, ved at bedre samhold og samarbeid er utbytte som rapporteres som viktig av flere, noe som utvilsomt bidrar til å styrke organisasjonen.

ETIKK

Undersøkelsen styrker også antagelsen at verdiarbeid er etisk nødvendig, ved at økt refleksjon konkretiseres av informantene i form av styrket bevissthet både om etiske dilemmaer, verdimessig svikt og behov for oppfølging i ulike former, det være seg videre undersøkelser, endringer i praksis, fora for refleksjon eller nye verdiprosjekter.

Vi vurderer økt oppmerksomhet om verdimessige spørsmål og etiske dilemmaer som et viktig resultat av prosjektet, fordi det å holde oppmerksomheten omkring verdispørsmål oppe i en organisasjon kan være en nødvendig forutsetning for å oppdage etiske dilemmaer og få øye på verdimessige svakheter i organisasjonen som vi ikke så lett oppdager eller tenker over.

HVA MED BRUKERNE?

Det avgjørende spørsmålet er selvfølgelig hvorvidt sykehusets tjenester er blitt bedre for brukerne – pasienter og pårørende. Dette har vært et bakenforliggende spørsmål for undersøkelsen, men ikke et spørsmål det er mulig å gi svar på med våre metoder. I det hele tatt er det vanskelig å finne rimelig sikre metoder som vil kunne påvise eventuelle direkte sammenhenger mellom en verdiintervensjon og behandlingskvalitet, fordi kvalitet i behandling påvirkes også av en rekke andre faktorer.

Til grunn for denne undersøkelsen – og for intervensjonen som sådan – ligger imidlertid en antagelse om at økt oppmerksomhet om etikk- og verdispørsmål i den daglige praksis vil stimulere kvalitet i behandlingen av pasienter og pårørende. Undersøkelsen viser at informantene er opptatt av at verdiarbeidet må ha en slik hensikt, og flere mener også å erfare at intervensjonen har hatt en slik praktisk effekt (se nedenfor).

KJERNEVERDIENE

VERDIENE GODT IVARETATT

Informantene melder at kjerneverdiene er godt ivaretatt i praksis. Dette funnet er i overensstemmelse med funnene i best case-studien til Aadland (2006), som viser åtte eksempler på bedrifter hvor verdier på ulike vis spiller en vesentlig rolle for praksis, men i strid med Falkenbergs studie av verdier i store norske bedrifter (2006), hvor det konkluderes at vedtatte verdier i liten grad har betydning for driften. I forhold til Falkenbergs studie lar funnet seg forklare enkelt ved at Falkenberg også fant at det jevnt over arbeides lite målrettet med virkeliggjørelse av verdier i store norske bedrifter.

ØKT OPPMERKSOMHET

Funnene kan tolkes som uttrykk for at verdiarbeid gir resultater, også i form av økt oppmerksomhet om kjerneverdier og eventuelle brudd på disse, i hvert fall blant ledere.

Et eksempel på dette er at uttrykket ”verdier i praksis” har begynt å leve sitt eget liv i organisasjonen, som et begrep og en standard for god personal- og pasientbehandling. Vi kan imidlertid ikke av denne studien automatisk konkludere at kjerneverdiene blir godt ivaretatt nedover i organisasjonen, bare at ledere i organisasjonen mener å erfare dette. Samtidig er denne erfaringen nyansert, i og med at lederne også melder om vanskelige etiske dilemmaer, verdikonflikter og enkelte tilfeller av verdimessig svikt. Disse nyanseringene mener vi styrker hovedkonklusjonen, i og med at informantene på den måten dokumenterer betydelig evne og vilje til å se kritisk på sin egen virksomhet og dermed styrker sin troverdighet som pålitelige informanter.

Funnene kan også forklares ved at med at sykehuset er en verdibasert organisasjon som i kraft av sin opprinnelse, ideologi og historie har utviklet en kultur for ivaretagelse av verdier. Vi tror imidlertid ikke at det er noen automatikk i at verditunge organisasjoner har en verdireflektert praksis. Denne antagelsen – at realisering av verdier i verdibaserte virksomheter ikke er noen selvfølge – bygger vi dels på erfaring, dels på forskning (Falkenberg 2006) og dels på funn rapportert ovenfor i form av kritisk refleksjon over trekk ved organisasjonskulturen.

ORGANISATORISK SELVREFLEKSJON

Et av disse funnene er utsagnet at det er ”veldig lett å bli selvforføyd i disse systemene”. Denne påstanden kan sees i sammenheng med andre informanters påpekning av en viss grad av overdreven vennlighet og veloppdragenhet i organisasjonen, en tendens til ”misforstått snillisme” som kan hindre en i å si fra og ta tak når noe ikke er som det burde være. Disse funnene har to viktige aspekter ved seg. På den ene siden påpekingen av mulige organisasjonskulturelle mønstre, på den andre siden et kritisk blikk som gjør det mulig å oppdage og reflektere over nettopp slike, som f.eks. når informanter reiser spørsmål om det er tilstrekkelig mot i organisasjonen til å ta opp vanskelige spørsmål.

Vi mener derfor at funnene samlet sett indikerer at kjerneverdiene neppe ivaretas godt utelukkende i kraft av tradisjonen, men at dette med større sannsynlighet kan forklares som et resultat av verdiarbeid over tid og en styrket bevissthet om verdier som følge av dette, et verdiarbeid som i dette tilfelle er begrunnet i og inspirert av verdimessig opprinnelse, ideologi og historie. Vår konklusjon er derfor at en sannsynlig forklaring på funnet er en kombinasjon av en verdibasert organisasjons opptatthet av verdier og et systematisk arbeide over år for å holde oppmerksomheten omkring verdier i praksis levende.

ORGANISASJONSKRITISK SPRÅK

Et funn av et noe annet slag, men som peker i samme retning, er at uttrykket ”verdier i praksis” gjennom prosjektet og prosessen over år kan synes å ha festet seg i organisasjonen som kritisk begrep som benyttes til å oppdage og sette ord på uønsket praksis. Dette kan kanskje synes som en detalj, men kan også forstås som uttrykk for et sprang i organisatorisk forståelse, hvor visse omstendigheter (uønsket praksis) kan vendes til en situasjon som forstås i et eksplisitt språk og som tjener til utgangspunkt for handling (slik vil vi ikke ha det), det Weick (m fl 2005) kaller ”organizational sensemaking” (s. 410).

Det organisasjonskritiske momentet ligger i at begrepet uttrykker en organisatorisk standard for adferd og handling. Det kritiske spørsmålet som ligger implisitt er: "Er dette uttrykk for de verdiene vi legger til grunn, eller er det ikke?" Ifølge Weick (m fl 2005) er sensemaking en retrospektiv prosess som bl a innebærer å knytte det abstrakte (i dette tilfellet "verdier") med noe konkret (den aktuelle situasjonen). Det første spørsmålet "sensemaking" reiser, er "Hva foregår her?", mens det neste er: "Hva skal vi gjøre?" (s. 412). Internaliseringen av "verdier i praksis"-begrepet kan forstås nettopp slik, at det åpner for en slik kritisk, handlingsorientert refleksjon med vekt på *praksis*.

Funnet kan betraktes som et bidrag til en mulig forklaring på hvorfor vedtatte kjerneverdier ofte har liten betydning i organisasjoner (Falkeberg 2006): Man mangler det organisasjonskritiske språket som skal til for å knytte verdiene til handling og praksis.

Funnet er forøvrig beslektet med en konklusjon som trekkes i en studie av verdibasert ledelse i praksis, nemlig at en vedtatt verdi med fordel kan være *virksomhetskritisk* (Aadland 2006). Funnet i vår studie gjelder imidlertid ikke det kritiske momentet i den enkelte verdi, men at verdier i organisasjonen gjennom språket knyttes eksplisitt til *praksis*, og dermed også til organisatorisk handling.

ORGANISATORISK LÆRING

Informantene fremhevet en rekke andre verdier enn kjerneverdiene som viktige i organisasjonen, og formidlet – direkte og indirekte – et behov for verdikritisk refleksjon knyttet både til kjerneverdienes funksjon og til etiske dilemmaer i utøvelsene av fagene. Slik sett kan et resultat av intervusjonen beskrives som *organisatorisk læring*, i den forstand at det kan beskrives som en sosial prosess som blant annet kan innebære å stille spørsmål ved underliggende verdier og normer (Argyris & Schön 1978). At prosjektet kan synes å ha bidratt til å etablere et organisasjonskritisk språk (ovenfor), kan ansees som en del av denne læringsprosessen.

KJERNEVERDIENE UTFORDRER IKKE TILSTREKKELIG

Det var bred oppslutning om kjerneverdiene, samtidig som det også var bred enighet om at kjerneverdiene ikke utfordrer til kritisk selvransakelse. Dette funnet overensstemmer med funnene i best case-undersøkelsen til Aadland (2006) og med sykehusdirektørens eget synspunkt, nemlig at verdier også må være virksomhetskritiske. Kjerneverdiene respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet er store, åpne og generelle, og kan vel i forholdsvis liten grad sies å være virksomhetskritiske i den betydning at de utfordrer til kritisk refleksjon over praksis. Overført på verdibasert ledelse som tenkning impliserer dette en forventning om at lederne i organisasjonen forventer noe mer en utvikling og implementering av et sett generelle kjerneverdier. Som et funn i undersøkelsen kan det tolkes som uttrykk for kritisk refleksjon over kjerneverdienes begrensede praktiske funksjon, og et ønske om en mer grunnleggende diskusjon av verdispørsmål.

REFLEKSJON OVER FAGLIGE SPØRSMÅL

Et annet funn i undersøkelsen var ønsket om kritisk verdirefleksjon over *faglige* spørsmål, vurderinger og prioriteringer. Vi tolker dette som uttrykk for et behov hos flere for å videreføre verdiarbeidet i en praktisk og mer kritisk, undersøkende og selvransakende retning. Det er interessant å merke seg at flere av dem som klarest

meldte en slik interesse for å utfordre seg selv mer, også vurderte kjerneverdiene som svært generelle, stilte seg kritiske til måten det var gjennomført på. Vi tolker dette som et uttrykk for en særlig opptatthet av funksjonalitet og vesentlighet. De mener verdiarbeidet er viktig, samtidig som de vil at det skal få betydning for praksis (funksjonalitet), særlig for kvalitet i pasientbehandling (vesentlighet). De krever med andre ord høy relevans for å være tilstrekkelig motivert. En måte å styrke relevansen på kan være – som de selv foreslår – å knytte et eventuelt fremtidig verdiarbeid enda nærmere til etiske utfordringer i den daglige, faglige virksomheten.

MEDVIRKNING, AMBIVALENS OG MOTIVASJON

TOPPSTYRING OG DELTAGERSTYRING

Intervensjon var på den ene siden toppstyrt, på den andre siden deltagerstyrt. Intervensjonen ble initiert fra sykehusledelsen i form av en klar plan for ledersamlingen, hvor gjennomføring av avdelingsvise prosjekter inngikk som en obligatorisk del. På den andre siden hadde deltagerne full frihet i valg av tema, metode og presentasjonsform i avdelingsprosjektene. Mens toppstyringen vakte en viss irritasjon og ambivalens, utløste utviklingen og gjennomføringen av prosjektene betydelig kreativitet og engasjement. Funnene sett under ett kan tyde på at denne kombinasjonen av faste rammer og stor frihet innenfor disse var av avgjørende betydning både for motivasjon, gjennomføring og resultat. De åpner allikevel for spørsmålet om avdelingene ved avdelingslederne med fordel kunne vært involvert tidligere, for eksempel i utviklingen av intervensjonen.

GJENNOMFØRING TIL TROSS FOR UHELDIG TIMING

Lederne som meldte om ambivalens og irritasjon i prosjektets startfase begrunner disse reaksjonene med at prosjektet kom ubeleilig og uten at de selv var blitt involvert på forhånd. Opplevelsen av at verdiprosjekter kommer ubeleilig, kjenner vi også fra andre undersøkelser. En doktoravhandling om normer og etikk i næringslivet (Olsen 2006) viser at etiske spørsmål gjerne kommer litt ned på prioriteringslisten. Ledere mener at etikk er bra, det passer bare ikke nå. Man utsetter. Dette skjedde altså i mindre grad i sykehusprosjektet. Det passet ikke bra, men man gjennomførte likevel, til tross for betydelig ambivalens hos enkelte. Hvorfor? Vi tror at det er tre hovedgrunner til dette. For det første det faktum at sykehusledelsen gav prosjektet topp prioritet, og dermed også legitimitet. For det andre at lederne selv var alliert med prosjektet til tross for at det kom ubeleilig. De opplevde det som viktig, selv om enkelte ikke opplevde det som viktig nok til å gi det første prioritet når andre, presserende oppgaver stod for døren.

ULIKE RESPONS PÅ TOPPSTYRING

Hvordan kan vi forstå forskjellen i ledernes opplevelse av toppledelsens pålegg/initiativ (press vs legitimitet)? Vi skal her trekke frem tre mulig momenter. Det første er *reelle forskjeller mellom avdelingene*, som medfører at et prosjekt som dette vil komme mer ubeleilig enkelte steder enn andre, som for eksempel kan ha å gjøre med bemanning, arbeidets art, interne prosesser og/eller andre prosjektoppgaver. Det kan også være større behov og naturlig interesse for prosjektet enkelte steder enn andre.

En annen grunn kan være at det er *forskjell på ledere*. Vi skal her trekke frem tre faktorer som alle kan spille sammen. En faktor kan være at noen – som vi har vært inne på ovenfor – av ulike grunner stiller høyere krav til relevans enn andre før de er villige til å gi et prosjekt prioritet. Uten høy relevans, lav motivasjon. Flere i denne gruppen

opplevde ledelsens initiativ som utidig press, men gjennomførte fordi prosjektet tross alt hadde en viss viktighet. En annen faktor kan være at enkelte har større behov for toppledelsens støtte for å få gjennomført beslutninger i avdelingen enn andre, det være seg av personlige årsaker, - på grunn av personalgruppens sammensetning, arbeidsoppgavenes kompleksitet, eller andre grunner.

ØNSKE OM MEDVIRKNING

En tredje grunn kan være at *ulik grad av behov for autonomi og medvirkning*, noe som kan være både personlig og avdelings- eller fagavhengig. Å kunne gi prosjekter en avdelings- eller fagspesifikk vinkling kan være viktigere i enkelte avdelinger enn i andre, for eksempel for at prosjektet skal få tilstrekkelig relevans (jf ovenfor).

Undersøkelsen viser at frihet til selv å velge prosjekt – problemstilling, metode og presentasjonsform – ikke for alle er tilstrekkelig til at lederne opplever at behovet for autonomi og medvirkning er tilstrekkelig ivaretatt. Flere melder om et behov for å være involvert i forkant. Dette kan selvfølgelig ha med lederes personlige behov for autonomi å gjøre, men også – og vel så viktig – være begrunnet i hensynet til kvalitet, relevans, forankring og motivasjon i avdelingsledelse og stab.

Ønsket om medvirkning i forkant av prosessen er et tvetydig funn. Omtrent halvparten av informantene melder at manglende medvirkning tidlig i prosessen var en svakhet ved intervensjonen. Synspunktet virker velbegrunnet, og kan understøttes av forskning som viser at autonomi og medvirkning er en viktig faktor for jobbmotivasjon (Jelstad 2007). Det er også grunn til å anta – som flere informanter er inne på – at medvirkning i forkant vil kunne gi flere ideer, mer kunnskap og større nærhet til praksis for deltagerne, og dermed legge et bedre grunnlag for kvalitet, relevans og forankring. På den andre side var dette ikke noe tema for andre informanter, hvorav flere signaliserte at styringen fra toppen var til god hjelp til gjennomføring.

Funnene gir neppe grunnlag for å konkludere entydig på dette punktet. Det er snarere grunn til å konkludere at i en kompleks organisasjon som et sykehus, men ulike typer fagavdelinger og dermed også noe ulike kulturer, vil behovet for medvirkning i forkant trolig variere fra avdeling til avdeling.

ORGANISATORISK LÆRING OG AUTONOMI, KREATIVITET OG EKSPONERING

Den viktigste forklaringen informantene gir på resultatene av intervensjonen – det som ovenfor er kalt *organisatorisk læring* – er gjennomføringen av prosjektet i avdelingene og presentasjonen på siste samling. Hva ved deltagelsen i prosjektarbeidet som var de primære virkningsmekanismene er vanskelig å vurdere: friheten til å velge prosjekt, utgangspunktet i egen hverdag på avdelingen, prosessen knyttet til valg av metode og presentasjonsform, samarbeidet om gjennomføringen av prosjektet (som var forskjellig fra prosjekt til prosjekt), det kreative aspektet ved arbeidet og presentasjonen, fremføringen og eksponeringen på siste samling, kombinasjonen av den samlede prosessen, eller annet.

Vi kan nærme oss spørsmålet om virkningsmekanismer fra den motsatte siden, ikke spørre hva som førte til organisatorisk læring, men hva som normalt står i veien for slike prosesser? Ifølge Argyris (1982) er det viktigste hinder for organisatorisk læring en manglende sammenkobling og konsistens mellom aktivitetene i et handlingsforløp, som tankeprosesser, intensjoner og handlinger. En slik teori kan åpne for å betrakte det å gjennomføre prosjekter i praksis ut fra et verdiperspektiv som en metode nettopp for å stimulere slike forbindelser. Med dette som et teoretisk utgangspunkt, kan vi forsøksvis

skille ut tre aspekter ved prosjektarbeidet som potensielle virkningsmekanismer, nemlig autonomi, kreativitet og eksponering.

Autonomi i valg av tema, fokus, metode og form innebærer koblinger av tankeprosesser, intensjoner og praktiske handlinger, gir eierskap til prosjektet og skaper frihet til refleksjon omkring det som oppleves viktig i hverdagen. Valgfriheten var åpenbart en viktig motiverende faktor, som også bidro til at prosjektene bidro til praksisnær refleksjon (og læring).

Kreativitet kobler også tankeprosesser, intensjoner og handlinger på nye måter. Mange valgte kreative og ”kunstneriske” metoder i prosjektene, og presentasjonene eksponerte problemstillinger i avdelingene som utenforstående normalt ikke har innsyn i. Både prosjektarbeidet og presentasjonene gikk i mange tilfeller langt utover grensene for en tradisjonell faglig, kognitiv og analytisk tilnærming. Et spørsmål som reiser seg er hvorvidt dette kreative og ekspressive også bidro til utbyttet. Vi mener det er grunn til å anta at det gjorde det i betydelig grad. Ved siden av motivasjon og engasjementet, ga det deltagerne anledning til å bruke fantasi og sanser på andre måter enn i det vanlige arbeidet, noe som rimeligvis gir et utvidet grunnlag for erfaring og refleksjon.

Eksponeringen av resultatet i ”kunstneriske” former (video, musikk, foto, dikt, etc) hadde også trolig en slik sammenkoblende og reflekterende effekt. Både deltager og tilskuere melder at utbyttet til dels var knyttet nettopp til prosjektfremføringene. For tilskuerne kan dette ha å gjøre med at de gjennom visuelle og auditive uttrykk ble utfordret til å reflektere over verdier uten at svar på forhånd var gitt. Dette, i kombinasjon med mer tradisjonelle, reflekterende fremstillinger og diskusjon i salen, skapte en kombinasjon av åpenhet og undring på den ene siden og kritisk analyse og fortolkning på den andre som – etter vårt skjønn – må ha gitt betydelig næring til refleksjon, ettertanke og nye tankeforbindelser. Dette må imidlertid forbli teoretisk baserte spekulasjoner, da materialet kun gir grunnlag for å konkludere at prosjektene og fremføringen var vesentlig for utbyttet, ikke hva som var virkningsmekanismen(e) i dette.

METODEREFLEKSJONER – STUDIENS BEGRENSNINGER

Formålet med studien var å finne ut hvordan verdien av intervensjonen blir vurdert av deltagerne som ledet gjennomføring av prosjekter i avdelingene. Det er altså ikke den samlede effekten av intervensjonen i organisasjonen eller dens betydning for pasienter og pårørende som er objektet for analysen, men prosjektledernes egen oppfatning av verdien av intervensjonen i ettertid.

Med dette avgrensede formålet synes metoden adekvat. Det er allikevel betydelig metodisk usikkerhet forbundet med verdiforskning av denne typen. Utvalget av informanter er en begrensende faktor. Erindringens utilstrekkelighet er et usikkerhetsmoment. Det samme gjelder verdibegrepets uklarhet. I dette tilfellet kan også forskernes habilitet/distanse representere en feilkilde. Vi tar det punktvis nedenfor.

HABILITET

En usikkerhetsfaktor er forskernes habilitet. Forfatterne av denne rapporten er et ektepar, hvorav den ene (førsteforfatter) er kollega av prosjektleder for verdi-intervensjonen som her er undersøkt. Et spørsmål som kan reises er følgende hvorvidt

denne forskeren, eller forskerne sammen, har tilstrekkelig distanse til stoffet, og hvorvidt medforfatter har kunnet bidra til å kompensere en eventuell manglende avstand. Vi har vært oppmerksomme på problemstillingen, har forsøkt å opprettholde en kritisk distanse, og har tilstrebet å gi presentasjonen av materialet og diskusjonen en så åpen og gjennomsynlig form som mulig.

UTVALG

Det vi har gjort i denne studien er altså å forsøke å finne svar ved å spørre de som var med og lytte til deres erfaringer, refleksjoner og oppfatninger i ettertid. Det er dette ”indre” materialet vi har forsket i, ikke i målbare ”ytre” fakta om moralske verdier i en organisasjon eller hvorvidt intervensjonen har fått praktiske konsekvenser. Materialet gir oss altså innsyn i hva informantene selv tenker om intervensjonens mulige verdi, ikke i hva verdien eller den praktiske nytten måtte være i praksis.

Utvalget er avgrenset på denne måten av to grunner, i kombinasjon. For det første var det nødvendig med en begrensning av rent praktiske hensyn, dvs for å gjøre gjennomføringen mulig innen rimelig tid. Og når en avgrensning først måtte gjøres, var det mest meningsfullt å undersøke de som hadde gjennomført prosjekter fullt ut, for bare den gruppen kan uttale seg om verdien av intervensjonen som helhet, altså om intervensjonen som en metode med alle de elementer den inneholder.

Utvalget er informanter er altså begrenset til de som gjennomførte prosjekter og presenterte disse på siste samling, dvs til de som lyktes i å få prosjektene helt i mål, og som dermed – fra et gjennomføringssynspunkt – kan betraktes som mest ”vellykkede”. Informantene kan med andre ord betraktes som ledere av ”suksess-prosjekter”. Følgelig kan det være grunn til å anta at utvalget kan legge til rette for mer positive vurderinger av intervensjonen enn om utvalget også hadde omfattet ledere for prosjekter som ikke ble gjennomført fullt ut.

Denne studien kunne derfor med fordel suppleres med en studie basert på et slikt utvalg og/eller en studie hvor en større del av staben inngikk i informantgrunnlaget, for å finne ut mer om både a) verdien av intervensjonen, og b) metodiske spørsmål knyttet til den, f.eks hva ved intervensjonen som kan stimulere/hemme gjennomføring i praksis. Et utvidet utvalg informanter vil også gi et grunnlag for å drøfte funnene i denne studien kritisk, bl.a verdien av prosjektpresentasjon i plenum, som var et sentralt element i intervensjonen.

ERINDRING OG MENING

Uansett utvalg er *erindringens utilstrekkelighet* som presis kilde til kunnskap et usikkerhetsmoment. Da undersøkelsen ble gjennomført var det mer enn et år siden intervensjonen var avsluttet. Det er vanskelig for informantene med rimelig grad av sikkerhet å kunne identifisere reelle årsakssammenhenger mellom intervensjonen og det som oppleves som utbytte i ettertid. Informantenes vurdering av verdien eller nytten er subjektiv, og kan være påvirket av en rekke andre faktorer enn intervensjonen selv, som hvordan det ble snakket om den i ettertid, hvor sosialt positivt/negativt den ble opplevd, hvorvidt man selv følte at det man selv var med på var vellykket, osv. På den annen side kan også slike faktorer betraktes som følger av intervensjonsprosessen, og dermed som en del av den helheten som skal vurderes.

Det ligger en forforståelse til grunn for dette prosjektet som innebærer en antagelse om at de som har vært med på et prosjekt som dette i noen grad også er i stand til å vurdere

verdien av det de har vært med på, også for hendelser i en organisasjon. Her legger vi ikke denne antagelsen til grunn for hver enkelt deltager isolert, men for de vurderinger som fremkommer gjennom kombinasjonen av de individuelle vurderinger som kommer til uttrykk gjennom utfylling av spørreskjemaer og de felles vurderingene som – på bakgrunn av de individuelle vurderingene – utviklet seg gjennom prosessene i hver av de to fokusgruppene.

Tonen i de to fokusgruppene var markert forskjellig. Mens den i den ene gruppen kan karakteriseres som litt forsiktig, mild og ettertenksomt reflekterende, var den i den andre mer preget av humor og direkte, kritisk tale, uten at den var mindre åpen og reflekterende av den grunn. Det var ikke store forskjeller mellom gruppene når det gjaldt stilling-, fag- og kjønns sammensetning, og det virker nærliggende å se forskjellen som uttrykk for personsammensetningen i gruppene.

Resultatene av prosessen i de to gruppene var imidlertid påfallende like. De aller fleste temaer som er rapportert ovenfor ble berørt i begge gruppene, og vurderingen av verdien av ulike aspekter ved intervensjonen var også langt på vei den samme, riktignok med en del nyanseforskjeller. Intervjuer opplevde gruppeprosessene nærmest som en åpen utforskning av en rekke ulike temaer, med en aktualisering av erindringer, brytning av synspunkter og erfaringer, og en bevegelse mot felles, men også nyanserte og sammensatte, konklusjoner, ofte med en viss innebygd spenning. Denne opplevelsen ble bekreftet gjennom tekstanalysen. Også de få enkeltintervjuene som ble gjennomført pekte i stor grad samme vei som resultatene fra gruppeintervjuene.

Til tross for at informantene hadde arbeidet med til dels svært ulike prosjekter og på til dels svært ulike avdelinger var det altså forholdsvis bred enighet om de (nyanserte, sammensatte, dels spenningsfylte) oppfatningene som her er presentert som hovedfunn. Slik sett synes metoden med kombinasjon av aktualiserende spørreskjemaer og reflekterende fokusgruppeintervjuer sammen å ha fremkalt et rikt materiale.

Kombinasjonen av tematisk analyse og narrativ nærlesning gjennomført av to forskere, med påfølgende sammenligning, fornyet nærlesning og fortolkning, viste seg å fremkalle mange nyanser i materialet som lett kunne vært oversett, og synes samlet å gi et rimelig godt grunnlag for å trekke konklusjoner om verdien av intervensjonen, slik denne ble opplevd av prosjektlederne.

Man kan spørre seg hvorvidt funnenes gyldighet er begrenset til informantene selv (ledere av ”suksess-prosjekter”), eller om de med noen grad av sannsynlighet kan gjøres gjeldende også for medarbeidere på avdelingsnivå og for sykehuset som helhet. Det viste seg at flere av informantene selv hadde gjennomført mer eller mindre uformelle undersøkelser blant prosjektdeltagere og andre medarbeidere på egen avdeling. Det syntes å være forholdsvis liten diskrepans i vurderingene mellom de som har foretatt undersøkelser blant medarbeidere og de som ikke har gjort det. En årsak til dette kan være at medarbeideres vurderinger også kan flyte relativt fritt på en avdeling, og plukkes opp gjennom småprat og småbemerkninger. At vurderingene synes å være overlappende, kan tyde på at funnene i denne studien kan ha gyldighet også utover gruppen som er studert.

For en undersøkelse av utbytte på avdelingsnivå og/eller sykehuset som helhet kan denne studien – som nevnt ovenfor – med fordel suppleres med en studie basert på et utvidet informantgrunnlag. Særlig viktig vil det være å undersøke verdien av

intervensjonen for den halvdel av deltagerne som var med i prosjekter som ikke ble presentert på siste samling, da dette vil gi et sikrere grunnlag for å diskutere funn og trekke konklusjoner.

V AVSLUTNING

MULIGE SUKSESSFAKTORER

Slik vi tolker funnene er det fire hovedgrunner til at prosjektet har vært vellykket, og har resultert bl a i styrket bevissthet om kjerneverdiene, økt refleksjon over verdier og etiske dilemmaer i praksis, og motivasjon for videre verdiarbeid.

1. Strukturelle faktorer, som at
 - a. prosjektet inngikk i en på forhånd etablert kontekst (ledersamlinger med fast tema),
 - b. et organisasjonskritisk språk ("verdier i praksis") ble etablert over tid
 - c. samtlige ledere automatisk ble involvert,
 - d. prosjektet hadde en fast ramme av klare forventninger til deltagerne
2. Deltagelse ble prioritert og legitimert av toppledelsen, bl a ved at
 - a. samlinger ble flyttet ut av sykehuset,
 - b. toppledelsen deltok hele tiden,
 - c. det var legitimt å prioritere deltagelse fremfor arbeid på avdelingen, og
 - d. prosjektet var påkostet gjennom planlegging, forelesere, bespisning, mm.
3. Intervensjonen var godt planlagt og systematisk gjennomført, bl a med
 - a. felles ledersamlinger med forelesninger og diskusjoner
 - b. en rekke ideer til prosjekttyper og forslag til metoder for gjennomføring
 - c. avdelingsvise, selvvalgte og avgrensede prosjekter med fokus på egen praksis
 - d. avsluttende eksponering og refleksjon i felles forum
4. Betydelig grad av frihet i utforming og gjennomføring av det enkelte avdelingsprosjekt fra deltagernes side.

UTFORDRINGER VED EN EVENTUELL VIDEREFØRING

1. Så vidt vi kjenner til finnes det ingen utprøvd eller etablert modell som kan egne seg for videreføring av *Verdier i praksis*-prosjektet. Det betyr at sykehuset står overfor en interessant mulighet, nemlig å finne nye former for organisatorisk utforskning og verdirefleksjon.
2. Intervensjonen slik den var tenkt ble aldri gjennomført etter intensjonen. Et eventuelt oppfølgingsprosjekt kunne derfor ta utgangspunkt i dette: å utforske hvordan verdier kommer til uttrykk i den praktiske yrkeshverdag, det være seg positivt som negativt
3. En særlig utfordring er knyttet til medvirkning i utvikling av et eventuelt oppfølgingsprosjekt. Mye tyder på at et pålegg fra toppledelsen var en forutsetning for at prosjektene ble gjennomført i en hektisk hverdag på avdelingene. På den annen side betyr toppstyring at muligheten for kreative innspill og utvikling av eierskap til prosjektet som helhet blir redusert. Dette er et dilemma, som kanskje kunne gjøres til gjenstand for en diskusjon.

4. En mulig suksessfaktor er prinsippet om synlighet. "It needs two to see one." I intervusjonen drøftet man prosjektideer og eksponerte resultatene i plenum. Dermed viser man noe fra egen praksis, og gjøre det tilgjengelig for kommentar fra andre. Det kunnes tenkes andre former som bygde videre på prinsippet om synlighet, f eks gjensidig observasjon på hverandres avdelinger, felles fora for drøftelser av dilemmaer, besøksordninger med eksterne institusjoner, etc.
5. Et forslag som ble bragt opp i begge fokusgruppene, var å opprette fora for samtale om verdier og etisk dilemmaer i praksis på avdelingene eller på tvers av disse, evt ledet av avdelingseksterne personer. En modell kunne være "verdiforum" fra psykiatri.
6. Selv om vi ovenfor har forsøkt å summere opp noen mulige utfordringer fremover, tror vi ikke organisasjonen er tjent med å følge slike råd automatisk. Tvert imot tror vi det er av vesentlig verdi at *deltagerne selv* avgjør hva som er viktig for dem og deres avdelinger. Vårt klare inntrykk at det er mer enn nok av ideer til hvordan gå videre i de ulike avdelingene og i organisasjonen som helhet. Det viktigste vil trolig være å konkretisere verdiarbeidet, og det kan etter vår oppfatning de best gjøre som står nærmest praksis. Også dette vil imidlertid trolig kreve en organisatorisk ramme og legitimering fra toppledelsen.

REFERANSER

- Ackerman, Laurence (2000). *Identity is Destiny: Leadership and the Roots of Value Creation*. San Fransisco: Berrett Koehler.
- Argyris, Chris (1982). *Reasoning, Learning, and Action*. New York: John Wiley.
- Argyris, Chris & Donald Schön (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Bolman, Lee G. & Terrence E. Deal (2003/04). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2004. Norsk oversettelse av *Reframing Organizations*, John Wiley, 2003 (henvisninger til den norske utgaven).
- Brekke, Kjell Arne & Karine Nyborg (2008). Attracting responsible employees: Green production as labor market screening. Under publisering, *Resource and Energy Economics* (<http://folk.uio.no/karineny/files/AttractingResponsible.pdf>).
- Davies, Gary, Rosa Chun, Rui Vinhas da Silva & Stuart Roper (2003). *Corporate Reputation and Competitiveness*. London: Routledge.
- Diakonhjemmet sykehus (2003). *Ofte stilte spørsmål om diakoni*.
http://www.diakonsyk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=549&I=1569
(hentet 3.3.08)
- Eide, Tom (2001). *Ibsens dialogkunst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ellefsen, Per Christian (2008). Hjemmeside: <http://www.kjentfolk.no/skuespillere/pc/>
(hentet 13.4.08).
- Falkenberg, Geir (2006). *Verdier og sosiale normer i store norske bedrifter*. Oslo: Fafo (Fafo-notat 2006:08, <http://www.fafo.no/pub/rapp/10028/10028.pdf>, hentet 24.7.08).
- Frank, Robert (2004). *What Price the Moral High Ground? Ethical Dilemmas in Competitive Environments*. Princeton: Princeton University Press.
- Gaines-Ross, Leslie (2008). *Corporate Reputation: 12 Steps to Safeguarding and Recovering Reputation*. Hoboken, NJ: John Wiley.
- Griffin, Andrew (2008). *New Strategies for Reputation Management: Gaining Control of Issues, Crises and Corporate Social Responsibility*. London: Kogan Page
- Helse Midt-Norge (2007). Styrets årsberetning 2007. (http://www.helse-midt.no/templates/StandardMaster____83230.aspx, hentet 20.7.08)
- Helse Nord (2007). Etiske retningslinjer, vedtatt 2.5.2007 (<http://www.helse-nord.no/category17661.html>, hentet 20.7.08)
- Helse Sør-Øst (2007). Visjon og verdier, datert 21.05.2007 (http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=27&I=65&mids=a26a93a, hentet 20.7.08)
- Helse Vest (2008). Visjon og mål, datert 30.1.2008 (<http://www.helse-vest.no/sw27620.asp>, hentet 20.7.08)
- Jacobsen, Asle P. L. (2005). *Fra sinnelag til system. Om å benytte verdier i ledelse av diakonal praksis*. Oslo: Universitetet i Oslo (masteroppgave i Profesjonsetikk og diakoni, Det teologiske fakultet).
- Jelstad, Beate (2007). *Beyond money: Intrinsic motivation in profit and nonprofit organizations*. Bergen: Norges Handelshøyskole (dr.avh).
- Karterud, Dag (2006). *Den etiske akten – Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art*. Åbo Akademi (dr.avh.).
- KS (2006). Etikkarbeide – Handlingsplan (Sak nr 77/06, 3.10.2006, www.ks.no/upload/97785/etikkutvalget-040107.doc, hentet 20.7.08).

- Neef, Dale (2003). *Managing Corporate Reputation and Risk: A Strategic Approach Using Knowledge Management*. Burlington, MA: Elsevier Science.
- Olsen, Jørn Bue (2006). *Om doble normer i næringslivet – etikken i tidsklemma*. Göteborg Universitet: School of Business, Economics and Law (dr.avh.).
- Peters, Tom & Robert H. Waterman (1982/2004). *In Search Of Excellence. Lessons From America's Best Run Companies*. London: Profile Books, 2004. Først publisert av Harper & Row, 1982.
- Platon (2001). *Staten*. I Samlede verker, bind 5, oversatt av Henning Mørland. Oslo: Vidarforlaget.
- Puusa, Anu (2006). Conducting Research on Organizational Identity. *EJBO Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*, Vol. 11, No. 2 (http://ejbo.jyu.fi/pdf/ejbo_vol11_no2_pages_24-28.pdf).
- Rawls, John (1971). *A theory of justice*. Cambridge, Mass.; Harvard University Press.
- Schein, Edgar H. (2004). *Organizational Culture and Leadership* (3rd Edition). San Fransisco: Jossey-Bass (Wiley).
- Stave, Gunnar (1990). *Mannsmot og tenarsinn. Det norske Diakonhjem i hundre år*. Oslo: Samlaget.
- Strai, Espen (2004). Har vi verdier i praksis? *Diagnosen. Informasjonsavis for Diakonhjemmet Sykehus*, nr. 8 (31. oktober).
- Strøm, Anita & Liv Thorild Undheim (2005). Postmoderne sykepleie i diakonalt sykehus. *Kristent forum for sykepleiere og sykepleierstudenter*. 1/05, s. 8-13.
- Vitell, S. J., & Davis, D. L. (1993). The relationship between ethics and job satisfaction: an empirical investigation. *Journal of Business Ethics*, 9, 489-494.
- Weick, Karl E., Kathleen M. Sutcliffe & David Obstfeld (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. *Organization Science*. Vol. 16, No. 4, pp. 409–421 (<http://web.gsm.uci.edu/~dobstfel/Articles/Organizing%20and%20the%20Process%20of%20Sensemaking.pdf>, hentet 24.7.08)
- Wilkinson, Sue (2004). Focus group research. I: David Silverman (red.), *Qualitative Research. Theory, Method and Practice*. London: Sage (2nd Edition), s. 177-199.
- Aadland, Einar (1994). *Kultur i helse-, sosial- og utdanningsorganisasjonar*. Oslo: Samlaget.
- Aadland, Einar (2004). *Den truverdige leiaren*, Oslo: Samlaget.
- Aadland, Einar (2006). *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH*. Oslo: Diakonhjemmet høgskole (u.å.).

VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA

Verdier i praksis 2006 DS/DHS. Spørreskjema.

Du deltok i et lederprosjekt høsten 2006 om verdier i praksis. En overordnet hensikt med prosjektet var å øke oppmerksomheten om "praksisverdier" i sykehuset, med fokus på verdier i hverdagen på avdelingene. Prosjektet bestod av ulike deler: ledersamlinger, prosjektoppgaver mellom samlingene og presentasjoner og diskusjoner i plenum på siste samling, på Voksenåsen i desember 2006. Tenk tilbake på prosjektet, og besvar så påstandene og spørsmålene nedenfor.

1. Samlingene

Påstand: *Jeg hadde stort utbytte av ledersamlingene*

Helt Delvis Verken enig Delvis Helt
enig enig eller uenig uenig uenig

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hvis du svarte "helt enig" eller "delvis enig", hva hadde betydning for deg som leder?

Hvis du svarte "delvis uenig" eller "helt uenig", hva hadde du ønsket deg for å få et utbytte?

2. Prosjektarbeid på egen avdeling

Før siste samling hadde en del deltagere gjennomført et prosjekt på egen avdeling som ble presentert på samlingen. Hvilket prosjekt valgte dere på din avdeling?

Var du selv aktivt med i valg av prosjekt?

☐ ja
☐ nei

Deltok du selv i arbeidet med å gjennomføre prosjektet?

☐ ja
☐ nei

Påstand: *Jeg hadde stort utbytte av prosjektarbeidet på avdelingen*

Helt Delvis Verken enig Delvis Helt
enig enig eller uenig uenig uenig

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hvis helt eller delvis enig, hvilken betydning har det hatt:

3. Siste samling (med prosjektpresentasjoner)

Påstand: *Jeg hadde stort utbytte av siste samling*

Helt enig Delvis enig Verken enig eller uenig Delvis uenig Helt uenig

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hvis du svarte "helt enig" eller "delvis enig", hva var viktig for deg?

Påstand: *Jeg hadde stort utbytte av prosjektpresentasjonene og responsen i salen*

Helt enig Delvis enig Verken enig eller uenig Delvis uenig Helt uenig

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Hvis du svarte "helt enig" eller "delvis enig", hva var viktigst for deg?

4. "Verdier i praksis" – prosjektet som helhet

Alt i alt, hvor stort (eller lite) utbytte hadde du av "Verdier i praksis" – prosjektet?

ikke noe litt stort

☐ ☐ ☐

Påstand: *Deltagelsen i prosjektet har ført til positive endringer i din egen måte å tenke om verdier på.*

☐ ja
☐ nei

Hvis ja, hvilke?

Påstand: *Deltagelsen i prosjektet har ført til positive endringer i samarbeidet på avdelingen.*

☐ ja
☐ nei

Hvis ja, hvilke?

Påstand: *Deltagelsen i prosjektet har ført til positive endringer i prosedyrer på avdelingen.*

☐ ja
☐ nei

Hvis ja, hvilke?

Påstand: *Deltagelsen i prosjektet har ført til positive endringer for pasienter og/eller pårørende.*

☐ ja
☐ nei

Hvis ja, hvilke?

Kommer etter din mening (også) andre verdier enn de vedtatte "kjerneverdier" (respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet) til uttrykk i hverdagen på avdelingen?

- ☐ nei
- ☐ ja, på en positiv måte
- ☐ ja, på en negativ måte

Hvis ja,

- Hvilke verdier kommer evt positivt til uttrykk?

- Hvilke verdier kommer evt negativt til uttrykk?

Mener du at institusjonens "kjerneverdier" (respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet) etter prosjektet kommer bedre til uttrykk i praksis på avdelingen enn de gjorde før?

- ☐ nei, i liten grad
- ☐ ja, i noen grad
- ☐ ja, i stor grad

Hvis ja, på hvilken måte?

Mener du at andre verdier er eller bør være viktigere for sykehuset enn de vedtatte "kjerneverdier" sykehuset har i dag (respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet)?

- ☐ ja
- ☐ nei

Hvis ja, hvilke andre verdier mener du er sentrale?

Takk for hjelpen!

VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE

Hensikten med "Verdier i praksis"-prosjektet, slik vi har forstått det, var å bidra til økt oppmerksomhet om verdier i sykehuset (ikke å "implementere" sykehusets vedtatte verdier). Formålet med dette dokumentasjonsprosjektet er å dokumentere prosessen:

- hva som er gjort,
- hvordan dette har vært for deltagerne,
- hvorvidt det har hatt økt oppmerksomhet om verdier i praksis, og (slik jeg tenker)
- hvorvidt det har ført til endringer i praksis av noe slag

Åpen samtale (etter en kort presentasjonsrunde hvor hver enkelt presenterer seg selv og prosjektet man selv arbeidet med)

Forskningsspørsmål (som kan reises hvis de ikke dukker opp av seg selv):

1. Hva har prosjektet ført til (om noe) for prosjektlederne, deres medarbeidere og pasientene? F eks:
 - a. rutiner ift pasienter og internt
 - b. holdninger ift pasienter og medarbeidere
 - c. handlinger, f eks valg ift pasienter og medarbeidere som er gjort som kanskje ikke ville vært gjort tidligere
 - d. hygiene, f eks renhold
 - e. estetikk, f eks opprydning, interiør, blomster, kunst, etc,
2. Hva forstår de enkelte deltagerne ved verdier i praksis?
3. Hvilke verdier er de gjennom prosjektet blitt særlig oppmerksomme på i praksis på egen avdeling?
 - a. Hva er dominerende som verdier/holdninger på avdelingen?
 - b. Hva hadde den enkelte forventet skulle være annerledes/hva er den enkelte blitt overrasket over?
4. Hvilke verdikonflikter opplever den enkelte i sine avdelinger?
 - a. Hva består verdikonfliktene i?
 - b. Hvorvidt har prosjektet bidratt til å se disse klarere?
 - c. Hvorvidt har prosjektet ført til noen endring i måten å oppfatte og forholde seg til verdikonflikter på?
5. Hvilke verdier preger virksomheten i din avdeling, sett i forhold til sykehusets vedtatte verdier (Bakgrunn: Vedtatte verdier er ikke nødvendigvis hverken i overensstemmelse med praksis eller nødvendigvis de verdier som bør være de sentrale i sykehuset)
6. Hvordan tenker den enkelte om hvordan det burde være, verdimesig sett: Hvilke verdier burde ideelt sett prege avdelingene?

VERDIEN AV EN VERDI-INTERVENSJON

Et sykehus forutsettes å skulle realisere verdier, menneskelige så vel som faglige. Som pasienter forventer vi å bli møtt med hjelpsomhet og fagkunnskap, at kunnskap og kvaliteten er på topp, og ikke minst at vi kan føle oss trygge, respektert og i gode hender. Som borgere forventer vi at helsevesenet fungerer godt og rettferdig, og at verdier som kvalitet, trygghet og respekt gjøres gjeldende for alle. Politikere har drøftet og definert verdier for den norske helsetjenesten, og norske helseforetak og sykehus har i dag definert sine kjerneverdier.

Hvordan realisere verdier i praksis på et sykehus? Dette er det arbeidet lite med, i hvert fall målrettet og langsiktig. Det finnes også lite dokumentasjon og forskning på systematisk verdiarbeid i sykehus.

I perioden 2003-2006 ble det gjennomført et verdiprosjekt ved Diakonhjemmet sykehus. Hensikten var å øke bevisstheten om verdier i praksis. Denne rapporten dokumenterer de tre fasene i dette verdiarbeidet, og undersøker særlig verdien av den intervensjonen som ble gjennomført i den tredje fasen.

FORFATTERNE

Tom Eide, Dr.philos., førsteamanuensis i litteratur og ledelse, Seksjon for verdibasert ledelse, Diakonhjemmet høyskole. Epost: eide@diakonhjemmet.no.

Hilde Eide, Dr.philos., førsteamanuensis i psykologi og kommunikasjon, Avdeling for sykepleierutdanning, Høgskolen i Oslo. Epost: hilde.eide@su.hio.no